FACULTE DE MEDECINE DE DIJON

ANNEE 1974 - N° 72

ETUDE INFORMATIQUE A PROPOS DE 290 HEMORRAGIES DIGESTIVES HAUTES

TRAVAIL DU SERVICE D'HEPATO-GASTRO-ENTEROLOGIE

THESE

présentée à la Faculté de Médecine de DIJON

et soutenue publiquement le 21 Décembre 1974

pour obtenir le grade de Docteur en Médecine

par

MICHALET Jean-Paul

né le 18 JUILLET 1943 à LYON - 2ème -

publié par le Centre d'Editions Médicales Universitaires

FACULTE DE MEDECINE DE DIJON

ANNEE 1974 - N°

ETUDE INFORMATIQUE A PROPOS DE 290 HEMORRAGIES DIGESTIVES HAUTES

TRAVAIL DU SERVICE D'HEPATO-GASTRO-ENTEROLOGIE

THESE

présentée à la Faculté de Médecine de DIJON

et soutenue publiquement le 21 Décembre 1974

pour obtenir le grade de Docteur en Médecine

par

MICHALET Jean-Paul

né le 18 JUILLET 1943 à LYON - 2ème -

publié par le Centre d'Editions Médicales Universitaires

UNIV.
LEIDEN
BIBL.

PERSONNEL DE LA FACULTE

M. J.B. BOUHEY : Doyen
M. A. MARIN : Assesseur
M. R. PUTELAT : Assesseur
M. J.P. DIDIER : Assesseur
M. J. GUERIN : Assesseur

M. J. GUYOT : Professeur honoraire
M. F. BARON : Professeur honoraire

Professeurs titulaires

Anatomie et organogénèse : P. BARRY

Anatomie pathologique et carcinologie : F. CABANNE - Doyen honoraire

Biochimie : P. PADIEU

Clinique chirurgicale : H. VIARD

Clinique médicale : P. CORTET

Clinique obstétricale et gynécologique : J. JAHIER

Clinique médicale infantile : M. ALISON

Clinique neuropsychiatrique : J. BALLIVET

Hépatologie - gastro entérologie : Cl. KLEPPING

Histologie, Embryologie cytogénétique : G. RUCART

Maladies infectieuses : F. DESTAING

Médecine légale et toxicologie : A. MARIN

Pathologie chirurgicale : C. FERRY

Pathologie médicale : R. PUTELAT

Physiologie : J. KLEPPING

Biophysique : P. GAILLIARD

Sémiologie médicale : J.B. BOUHEY

Professeurs sans chaire

Anatomie pathologique : R. MICHIELS

Biochimie : J. DEDREUX

Médecine préventive et Santé publique, Hygiène : M. CARON

Parasitologie : Mme Y. ROUGET

Professeur chargé de cours à titre permanent

Bactériologie, Virologie : P. PICHAT

Maîtres de Conférences agrégés

Anatomie, Organogénèse : J.M. AUTISSIER

Anesthésiologie : B. CAILLARD

Carcinologie : J. GUERRIN

Chirurgie générale : P. AUPECLE

S. BRIET

G. PIGANIOL

Gynécologie, Obstétrique : J. SALASC

J.P. FELDMAN

Hématologie et Maladies du sang : A. DUZER

Médecine expérimentale, Immunologie : F. MARTIN

Médecine interne : M. GAUDET

P. LOUIS

Néphrologie : G. RIFLE

Neurochirurgie : A. THIERRY

Orthopédie, Traumatologie, Chirurgie plastique et reconstructive : P.GRAMMON

Parasitologie : P. CAMERLINCK

Pédiatrie, Génétique médicale : J.L. NIVELON

.../...

Pharmacologie : A. ESCOUSSE

Physiologie : J.P. DIDIER

Pneumologie, Phtisiologie : L. JEANNIN

Radiologie, radiodiagnostic : J.P. MABILLE

M. WEILLER

D. BINNERT

Radiologie, radiothérapie : J. Cl. HORIOT

Professeur associé

Anatomie pathologique : R. GANNEAU

Agrégés libres

Dermatologie, Vénéréologie : J.L. CHAPUIS

Ophtalmologie : P.G. MOREAU

Urologie : R. GAYET

La Faculté de Médecine de Dijon déclare que les opinions émise dans les thèses qui lui sont présentées doivent être considérées comme propres à leurs auteurs et qu'elle entend ne leur donner ni approbation ni improbation.

JURY DE LA THESE

Président : Monsieur le Professeur Cl. KLEPPING

Membres : Monsieur le Professeur H. VIARD

Monsieur le Professeur Agrégé M. GAUDET

Monsieur le Professeur Agrégé F. MARTIN

A ma Femme, à Laurent et à Olivier,

A mes Parents,

A mes Frères et Soeurs,

A mes Beaux Frères et Belles Soeurs,

A mes Beaux Parents,

A ma Tante,

A mon Parrain,

A tous mes Amis,

avec toute mon affection.

A notre Maître et Président de Thèse,

Monsieur le Professeur C. KLEPPING.

Nous avons pu au cours des semestres passés dans son service, apprécier sa haute compétence médicale, son remarquable esprit de synthèse et ses qualités d'enseignant.

Que ce modeste travail soit le témoignage de notre reconnaissance et de notre profond respect.

Aux membres de notre Jury :

- A Monsieur le Professeur VIARD,

Nous connaissons ses grandes qualités de chirurgien. Il nous fait le grand honneur de nous juger.

Qu'il veuille bien trouver ici, l'expression de notre respectueuse gratitude.

- A Monsieur le Professeur agrégé M. GAUDET,

Nous avons passé, à ses côtés, un excellent semestre. Nous avons été séduit par son savoir, son remarquable sens clinique, et ses innombrables qualités humaines.

Qu'il soit assuré de notre respectueuse estime.

- A Monsieur le Professeur agrégé F. MARTIN,

Nous avons profité de ses grandes connaissances et de son enseignement. Il nous a toujours accueilli avec bienveillance.

Qu'il trouve ici l'expression de notre respectueuse reconnaissance.

- Au Docteur J. VILLAND,

Depuis trois semestres, il nous a patiemment conseillé, son aide nous a été précieuse pour la rédaction de ce travail.

Qu'il trouve ici l'expression de nos remerciements et de notre Amitié.

- Aux Docteurs H. CARLI et B. JACQUOT,

Ils nous ont appris l'endoscopie.

Qu'ils soient assurés de notre sincère reconnaissance.

- Au Professeur agrégé F. DESTAING et
Au Docteur A. KLEPPING,

Nous avons apprécié durant notre internat, leur savoir et leur gentillesse.

Qu'ils trouvent ici l'expression de notre profond respect.

- Nous tenons à remercier :

Madame le Docteur DUSSERRE et le Centre d'Informatique de DIJON (A.I.H.T.I.) : leur fructueuse collaboration a permis la réalisation de ce travail.

Le Centre de Météorologie de DIJON LONGVIC : Nous avons pu à chaque instant, consulter leurs dossiers. Nous avons toujours été très cordialement accueilli.

A nos Maîtres dans les Hôpitaux de LYON pendant notre Externat :

- Monsieur le Professeur J. CREYSSEL
- Monsieur le Professeur R. PEYCELON
- Monsieur le Professeur J. PERRIN
- Monsieur le Professeur P. CROIZAT
- Monsieur le Professeur L. REVOL
- Monsieur le Professeur F.P. RAVAULT in mémoriam
- Monsieur le Professeur R. FRANCOIS

A nos Maîtres dans les Hôpitaux de DIJON durant notre Internat :

- Monsieur le Professeur agrégé P.G. MOREAU
- Monsieur le Professeur P. CORTET
- Monsieur le Professeur agrégé M. GAUDET
- Monsieur le Professeur R. PUTELAT
- Monsieur le Professeur A. PIARD in mémoriam
- Monsieur le Professeur J.P. MABILLE
- Monsieur le Professeur agrégé M. WEILLER
- Monsieur le Professeur Cl. KLEPPING
- Monsieur le Professeur agrégé F. DESTAING
- Monsieur le Professeur agrégé F. MARTIN

INTRODUCTION

La fréquence des hémorragies digestives hautes (HDH) et les problèmes diagnostiques et thérapeutiques qu'elles posent en urgence, expliquent l'intérêt que l'on porte à leur étude.

Parmi les 352 dossiers d'hémorragies digestives, nous en avons retenu 290 d'origine sus-mésocolique. Elles concernent des malades hospitalisés de Décembre 1970 à Avril 1974, dans un service d'hépato-gastro-entérologie, qui possède un centre d'endoscopie, lui assurant un recrutement privilégié.

L'analyse des observations a été faite sur ordinateur IBM 360/20. Cette étude analytique réalisée grâce à l'informatique constitue l'élément original de ce travail.

Elle nous a permis de vérifier la valeur diagnostique de la fibroscopie réalisée en première intention, de rappeler les diverses étiologies, et de préciser certains facteurs déclenchants, climatiques et médicamenteux en particulier.

Le pronostic immédiat et lointain a été étudié. L'évolutivité a pu être précisée grâce à un questionnaire adressé à près de 200 malades.

MATERIEL ET METHODE

MATERIEL CLINIQUE :

- Notre étude comprend 290 hémorragies digestives hautes survenues chez 262 malades. 17 patients ont présenté une ou plusieurs récidives et dans neuf cas, la récidive n'est pas dûe à la même lésion.

- Les hémorragies "cryptogénétiques" ont été considérées comme d'origine sus-mésocolique,

. lorsqu'il s'agissait d'hématémèses,

. et, en cas de méloenas, lorsque les antécédents étaient évocateurs (par exemple : le malade était décédé sans bilan d'une récidive hémorragique, alors que la lésion antérieurement diagnostiquée était de siège sus-mésocolique) ou lorsqu'il existait la notion d'une prise médicamenteuse réputée gastro-toxique dans les 48 heures précédant le saignement associée à un bilan insuffisant.

METHODE :

- Nous avons élaboré un questionnaire médical informatique dont l'exploitation a été effectuée par ordinateur I.B.M. 360/20.

- Ce livret informatique est de type "fermé". Il comporte 544 "ITEMS" qui correspondent à deux sortes de "variables".

Des variables qualitatives :

. pour certaines, il existe trois possibilités de réponse seulement (OUI, NON, INCONNU),

. pour d'autres, la réponse correspond à un code préalable (Ex : femme = 1, homme = 2 ; saisons : printemps = 1, été = 2, automne = 3, hiver = 4).

Des variables quantitatives :

. La valeur exacte de l'information est enregistrée (Ex : l'âge du malade, la numération formule sanguine).

Nous avons établi pour chacun des malades hospitalisés pour HDH un livret informatique. Certains de ces dossiers ont été constitués

rétrospectivement, d'autrés l'ont été de façon "extemporanée". En tout cas, nous avons utilisé chez tous nos patients, des informations cliniques et paracliniques tout-à-fait comparables.

L'utilisation de tels dossiers par des techniques informatiques nous a apporté un grand nombre de résultats interessants qui ont fait l'objet durant ce travail de discussions et de base de réflexions.

Cette méthode informatique nous a permis d'étudier trois aspects des hémorragies digestives :

- le mode de diagnostic
- les circonstances étiologiques
- l'évolutivité.

Néanmoins, nous avons constaté un certain nombre d'inconvénients inhérents à cette technique :

. l'élaboration du questionnaire, son remplissage et sa vérification, sont, pour le médecin, longs et astreignants.

. la création d'une chaine de programmes informatiques, comme ce fut notre cas, demande pour l'informaticien un travail important : trois mois environ, ont été nécessaires avant que les programmes de statistiques ne soient opérationnels.

. l'utilisation hospitalière prioritaire de l'ordinateur, limite ou retarde le traitement des informations médicales.

. enfin, la "fiabilité" des résultats n'est obtenue qu'au prix de vérifications multiples aussi bien par le médecin que par l'informaticien et ceci à tous les niveaux de l'analyse.

Une telle étude, n'est encore à nos yeux, à l'heure actuelle, et malgrè les éléments précieux qu'elle nous a apporté, qu'un moyen de recherche qui parait perfectible. Il doit déboucher sur la mise en oeuvre d'enquêtes prospectives plus précises, bénéficiant d'un appareillage plus médicalisé dans sa conception et son utilisation, et de la collaboration d'équipes médicales et informaticiennes toujours plus entraînées.

PREMIER CHAPITRE

L E M O D E D E D I A G N O S T I C

I - ETUDE COMPARATIVE DES RESULTATS DE LA RADIOLOGIE ET DE LA FIBROSCOPIE

Les moyens d'investigations d'une hémorragie ont varié. Ainsi dans un premier temps, nous avons eu recours au transit baryté oesogastrique en urgence ; ultérieurement, l'examen radiologique a été complété par une endoscopie oesophagienne et gastrique ; actuellement, la fibroscopie avec des duodénoscopes a pris la première place, le transit baryté n'intervenant qu'en second lieu.

L'existence de ces trois protocoles d'exploration, nous a permis une étude comparative riche d'enseignement.

A) ETAPE RADIOLOGIQUE D'URGENCE :

Le transit oesogastrique en urgence fut utilisé pour la première fois en 1926 par BOHMANSON (29). Il fut introduit aux Etats Unis par HAMPTON (122) en 1937. Employé en Europe peu après, par BUCKER, il ne fut utilisé en France qu'en 1952 par DELANNOY (72).

Il a été employé dans le service jusqu'en 1970. Ses résultats sont colligés dans la thèse de BRES (34), portant sur 100 hémorragies digestives hautes. Il a permis un diagnostic dans 69,7 % des cas, mais on doit souligner que dans ce pourcentage de diagnostics positifs sont inclus : les radiographies oesogastriques refaites car ininterprétables en période hémorragique, dix hernies hiatales considérées comme responsables en l'absence d'autres anomalies radiologiques, et six suspicions de gastrites hémorragiques.

Cette radiologie en urgence présente néanmoins divers inconvénients, dont certains ont pu être atténués. Elle reste impossible en cas d'hémorragie trop importante, car le malade est difficilement

.../...

mobilisable (WALLS (279) ; une réanimation est nécessaire car le patient doit pouvoir supporter la station debout pendant plus de cinq minutes. Quant à la compression en période hémorragique, elle était proscrite auparavant. Elle est maintenant recommandée par certains auteurs (CONTE-FOUET (52), FOURNET (103). Enfin, l'utilisation de produits iodés hydrosolubles à élimination très rapide, permet actuellement de pratiquer l'endoscopie ou l'artériographie dans les heures qui suivent l'examen radiologique (CAZARD (42), BENOZIO (17).

B) ETAPE RADIO-ENDOSCOPIQUE :

KUSSMAUL dès 1868 pratiqua la première endoscopie digestive, chez un sujet avaleur de sabre de métier. Vers 1930, l'exploration digestive s'améliora avec l'avénement du gastroscope semi-rigide (WOLFF SCHINDLER) ; utilisé aux Etats Unis par BROWN en 1941, ce moyen d'investigation fut introduit en Europe par DESNEUX (79) vers 1960.

Son essor véritable s'explique par la création du fibroscope, appareil constitué de fibres de verre, très flexible et très maniable (HIRSCHOWITZ 1958 (134).

Durant une période s'étendant de 1971 à Septembre 1972, nous n'avons généralement réalisé la fibroscopie qu'après le transit oeso-gastrique effectué en urgence. Cette période concerne 150 hémorragies digestives hautes.

1) LE TRANSIT BARYTE oesogastrique fut pratiqué dans 134 cas, il permit d'effectuer un diagnostic lésionnel pour 71 malades (53 % des cas). Il ne montra aucune anomalie pour 61 patients (45,5 % des cas) et deux fois, il se révèla inexact (1,5 %).

Cet examen a bien mis en évidence les varices oesophagiennes,

.../...

les ulcères tant gastriques que duodénaux. Par contre, parmi les lésions aigues, seules les ulcérations ont pu être diagnostiquées.

LESIONS	Varice	Oesophagite	Mallory Weiss	Ulcère gastrique	Ulcère bulbaire	Ulcérations aigues	Gastro-duodénite hémorragique	Divers
Diagnostic radiologique	25			10	23	5		8
Lésions × diagnosti.	29	5		13	23	8	7	8

x Ces lésions correspondent à celles mises en évidence après radiologie isolée ou associée à l'endoscopie.

DIAGNOSTIC RADIOLOGIQUE

2) L'ENDOSCOPIE ne fut pratiquée que dans 83 cas. Nous possédions à cette époque :

- l'oesogastroscope court (OLYMPUS EF). Cet appareil ne permet d'étudier que l'oesophage et l'estomac jusqu'à l'antre. Il fut utilisé dans 55 cas (66,3 %),

- le gastroscope GFBK à vision latérale, avec lequel seul l'estomac peut être visualisé. Il fut employé pour 20 malades (24,1 % des cas),

- enfin, les deux appareils furent utilisés successivement, pour 8 patients (9,6 % des cas).

Cet appareillage ne permet pratiquement pas l'exploration du bulbe : celui-ci n'a pu être examiné que neuf fois, et toujours à travers l'orifice pylorique entrouvert.

.../...

L'examen n'a été réalisé en urgence, c'est-à-dire dans les 48 heures après la fin de l'hémorragie, que chez 30 malades (36,1 %) ; le plus souvent dans 53 cas (63,9 %), il a été employé en différé, après l'examen radiologique effectué en urgence.

A la suite d'HIRSCHOWITZ (134), nous classions nos résultats d'endoscopie selon 5 rubriques :

- diagnostic direct : la lésion vue directement saigne ou présente des signes d'hémostase,
- diagnostic indirect : l'examen localise l'hémorragie, mais ne précise pas la nature exacte de la lésion en cause,
- diagnostic d'exclusion : l'examen complet ne montrant pas d'anomalie sur l'oesophage ou l'estomac, on peut affirmer que la lésion responsable de l'hémorragie siège plus bas,
- diagnostic non posé : l'examen n'a pas mis en évidence de lésion,
- diagnostic erroné : ou la lésion accessible n'est pas vue, ou il y a une erreur d'interprétation.

Nous avons résumé, dans le tableau ci-dessous, nos résultats des examens endoscopiques effectués en urgence et en différé :

ENDOSCOPIE / RESULTATS	URGENCE	DIFFERE	T	%
DIAGNOSTIC DIRECT	22 73,3 %	24 45,3 %	46	55,4 %
DIAGNOSTIC INDIRECT				
DIAGNOSTIC d'EXCLUSION				
DIAGNOSTIC NON POSE	7	29	36	43,4 %
DIAGNOSTIC ERRONE	1		1	1,2 %
T	30	53	83	

.../...

Le pourcentage global de diagnostics positifs est de 55,4 %, le petit nombre d'examens pratiqués en urgence (30 cas), l'impossibilité de visualiser le bulbe, expliquent ce faible pourcentage.

On peut cependant déjà remarquer, que l'endoscopie pratiquée en urgence, augmente le taux de diagnostics puisque celui-ci passe de 45,3 % en endoscopie différée, à 73,3 % en endoscopie d'urgence.

La gastroscopie a bien mis en évidence les varices oeso-gastriques, les ulcères gastriques et les lésions aigues ; mais l'ulcère duodénal, sur 11 cas, n'a été affirmé par endoscopie que deux fois, par visualisation à travers l'orifice pylorique entrouvert.

ENDOSCOPIE / LESIONS		Varices	Oesophagite	Mallory Weiss	Ulcère gastrique	Ulcère duodénal	Ulcère récidivant P.O.	Ulcérations aigues	Gastro-duodénite H.	Divers	Crypto-génétique	Total
URGENCE	a)	7	3	0	3	1		3	4	1		22
	b)	8	3	0	3	3		3	4	2		30
DIFFERE	a)	5	2		7	1		3	3	3		24
	b)	6	2		7	8		4	3	4		53
TOTAL	a)	12	5		10	2		6	7	4		46
	b)	14	5		10	11		7	7	6		83

a) Lésion vue à l'endoscopie

b) Résultats après endoscopie et radiologie associées.

DIAGNOSTIC ENDOSCOPIQUE

.../...

3) CORRELATION RADIO-ENDOSCOPIQUE : elle concerne 82 malades, car un de nos patients, dont la lésion hémorragique a été affirmée par l'endoscopie, n'a pas eu de radiographie oesogastrique complémentaire.

Ses résultats sont donnés par le tableau suivant :

ENDOSCOPIE / RADIOGRAPHIE	Diagnostic direct	Diagnostic indirect	Exclusion	Non posé	Erroné	T	%
DIAGNOSTIC POSITIF	25			14		39	47,6%
DIAGNOSTIC NON POSE	20			20	1	41	50 %
DIAGNOSTIC ERRONE				2		2	2,4%
TOTAL	45			36	1	82	
%	54,9%			43,9%	1,2%		

La radiographie oesogastrique et l'endoscopie ont une valeur diagnostique comparable : transit baryté = 48 %, et gastroscopie = 55 % ; la confrontation des deux examens améliore de façon importante le pourcentage de diagnostics, qui atteint 72 %. L'association de ces deux examens, lorsque la gastroscopie était pratiquée en urgence, a permis de mettre en évidence 26 lésions sur 30 cas (soit 86,7 %).

DIAGNOSTICS	TOTAL	%
URGENCE	26/30 ×	86,7 %
DIFFERE	34/53	64,1 %

x 1 endoscopie sans transit

.../...

L'étude des lésions dépistées à cette période par endoscopie et radiologie objective la nette supériorité de la radiologie pour mettre en évidence les ulcères duodénaux, et celle de l'endoscopie pour visualiser les lésions aigues et les oesophagites hémorragiques.

LESIONS	Nbre de lésions	DIAGNOSTIC RADIOLOGIQUE	DIAGNOSTIC ENDOSCOPIQUE
Varices	14	11 x	12
Oesophagite	5		5
Ulcère gastrique	10	7	10
Ulcère bulbaire	11	11	2
Ulcérations aigues	7	4	6
Gastrites hémorragiques	7		7
Divers	6	6	4

x 1 malade n'a pas eu de radiographie complémentaire.

CONFRONTATION RADIO-ENDOSCOPIQUE

.../...

4) BILAN GLOBAL DE LA PERIODE RADIO-ENDOSCOPIQUE :

LESIONS	Varice	Oesophagite	Mallory Weiss	Ulcère gastrique	Ulcère bulbaire	Ulcérations aigues	Gastro-duodénite hémo.	Divers	Crypto-génétique	Total
NOMBRE	32	5		14	23	8	9	8	51	150
%	21,3	3,3		9,3	15,4	5,3	6,1	5,3	34	

Sur 150 hémorragies, 91 lésions furent mises en évidence par la radiologie isolée ou associée à l'endoscopie : 8 autres lésions furent en outre diagnostiquées :

. deux par la chirurgie en urgence, il s'agissait d'un ulcère gastrique et d'une gastrite hémorragique opérée sans bilan préalable,

. trois varices oesophagiennes déjà hémorragiques antérieurement ont nécessité en urgence, la mise en place d'une sonde de SENGSTAKEN-BLACKMORE, celle-ci se révéla efficace,

. trois malades eurent un diagnostic post-mortem. Il s'agissait d'une gastrite hémorragique et de deux varices oesogastriques.

Cette période comprend un pourcentage élevé d'hémorragies restées inexpliquées (34 %). Nous les analyserons ultérieurement.

C) ETAPE DUODENOSCOPIQUE ET RADIOLOGIQUE :

La fibroscopie devint rapidement un examen d'urgence aux Etats Unis (PALMER, DAGRADI, KATZ) mais son développement en Europe fut plus tardif. En France, sous l'impulsion de MOULINIER et GRENIER BOLEY (114), DEBRAY (67), et après le symposium d'Endoscopie de Prague de 1971, elle

.../...

se développa pour devenir un examen de première intention.

"L'endoscopie doit être pratiquée aussitôt que possible, dès que le choc a été traité" DEBRAY (67). La duodénoscopie qui permet de visualiser bulbe et duodénum, constitua enfin un important perfectionnement.

Une nouvelle période, où l'exploration endoscopique avec un bulboscope est réalisée en urgence, et avant la radiographie, s'étend de Septembre 1972 à Avril 1974. Elle concerne 140 hémorragies digestives hautes.

1) LE TRANSIT BARYTE oesogastrique fut pratiqué dans 129 cas, et généralement effectué 24 heures après l'endoscopie. Il a permis un diagnostic lésionnel pour 68 malades (52,7 % des cas). Il ne montra aucune anomalie pour 61 patients (47,3 %).

L'étude des lésions diagnostiquées par cet examen radiologique permet de noter, comme à la période précédente, l'échec de la radiologie dans le diagnostic des lésions aigues.

LESIONS	Varices	Oesophagite	Mallory Weiss	Ulcère gastrique	Ulcère bulbaire	Ulcérations aigues	Gastrites hémorragiques	Divers
Diagnostic radiologique	20			15	20	7		6
Lésions diagnostiquées ×	23	7	2	17	20	10	23	12

× Les lésions correspondent à celles mises en évidence après radiologie isolée ou associée à l'endoscopie.

DIAGNOSTIC RADIOLOGIQUE

.../...

2) L'ENDOSCOPIE fut pratiquée dans 114 cas, toujours avec un duodénoscope (d'abord ACMI, puis GIF D2 OLYMPUS) : en urgence, l'examen a parfois été gêné par l'abondance de l'hémorragie (ainsi deux fois, seul l'oesophage a été visualisé). Parfois, l'exploration n'a été qu'oesogastrique (17 cas). Mais dans la majorité des examens, le pylore a pu être franchi et le duodénum examiné (83,3 % des cas).

Nous avons résumé ci-dessous les résultats des examens endoscopiques effectués en urgence et en différé :

Le pourcentage global de diagnostics positifs atteint 88,6 %, d'ailleurs plus élevé en urgence (89,8 %) qu'en différé (81,2 %).

RESULTATS	URGENCE	DIFFERE	T	%
DIRECT	84	13 (81,2 %)	97	85,1 %
INDIRECT	4 (89,8 %)		4	3,5 % (88,6 %)
EXCLUSION				
NON TROUVE	8	3	11	9,7 %
ERRONE	2		2	1,7 %
Total	98	16	114	

LA DUODENOSCOPIE

.../...

Les lésions sont toutes diagnostiquées de façon satisfaisante par la bulboscopie, en particulier l'ulcère duodénal (puisque dans 18 cas chez 19 malades, il a été visualisé par l'endoscopiste). On peut souligner, l'importance des lésions aigues mises en évidence (32 cas).

Endoscopie \ Lésions		Varice	Oesophagite	Mallory Weiss	Ulcère gastrique	Ulcère duodénal	Ulcère récidivant P.O.	Ulcérations aigues	Gastro-duodénite hémorragique	Divers	Crypto-génétique	Total
URGENCE	a)	17	6	2	10	16	3	9	20	5		88
	b)	18	6	2	11	17	3	10	20	5		98
DIFFERE	a)	2	1		2	2			3	3		13
	b)	2	1		2	2			3	3		13
TOTAL	a)	19	7	2	12	18	3	9	23	8		101
	b)	20	7	2	13	19	3	10	23	8		114

a) Lésion vue à l'endoscopie

b) Résultats après endoscopie et radiologie associées.

DIAGNOSTIC ENDOSCOPIQUE

.../...

3) CORRELATION RADIO-ENDOSCOPIQUE : Elle ne concerne que 111 malades, car trois malades dont le diagnostic avait été affirmé par l'endoscopie, n'ont pas eu de radiographie complémentaire.

Ses résultats sont donnés dans le tableau suivant.

ENDOSCOPIE / RADIOGRAPHIE	Direct	Indirect	Exclusion	Non Posé	Erroné	T	%
DIAGNOSTIC POSITIF	51	4		3	1	59	53,2%
NON POSE	43			8	1	52	46,8%
ERRONE							
TOTAL	94	4		11	2	111	
%	88,3 %			9,9 %	1,8 %		

Le pourcentage de diagnostics positifs par duodénoscopie est à cette période bien supérieur à celui de la radiologie, puisque la bulboscopie a 88 % de diagnostics affirmés, alors que la radiologie n'en a que 53 % ; la confrontation des deux examens améliore encore le taux de diagnostics, qui atteint 92 %, et la bulboscopie pratiquée en urgence, complétée par un transit oesogastrique dans les 24 heures, a permis de mettre en évidence 92 lésions sur 98 examens (soit dans 93,9 % des cas).

DIAGNOSTIC	T	%
URGENCE	92× / 98	93,9 %
DIFFERE	13 / 16	81,3 %

x 3 endoscopies sans transit

.../...

L'étude des lésions dépistées par l'endoscopie et la radiologie montre que l'ulcère duodénal est bien mis en évidence, à cette période, par l'endoscopie. Celle-ci présente aussi une nette supériorité vis-à-vis de la radiologie, pour diagnostiquer les lésions aigues.

Nous pouvons signaler parmi les lésions diverses :

. 2 syndromes de Mallory Weiss, où la radiologie fut en défaut,

. 3 ulcères récidivants post-opératoires : dans un cas seulement le transit baryté faisait le diagnostic,

. 1 néoplasme sur megaoesophage dont le diagnostic fut endoscopique,

. 1 malformation vasculaire duodénale mise en évidence par duodénoscopie. Le transit était normal.

L'endoscopie, dans tous les cas, est donc un examen privilégié.

	Nombre	DIAGNOSTIC RADIOLOGIQUE	DIAGNOSTIC ENDOSCOPIQUE
Varices	20	17 (x)	19
Oesophagites	7		7
Ulcères gastriques	13	11	12
Ulcère duodénal	19	19	18
Ulcération aigue	10	7	9
Gastrite hémorragique	23	(x)	23
Divers	13	5	13

x 3 malades sans radiographie complémentaire.

CONFRONTATION RADIO-ENDOSCOPIQUE

4) BILAN GLOBAL DE LA PERIODE DUODENOSCOPIQUE - RADIOLOGIQUE :

	Varice	Oesophagite	Mallory Weiss	Ulcère gastrique	Ulcère bulbaire	Ulcère récidivant P.O.	Ulcérations aiguës	Gastro-duodénite hémorragique	Divers	Crypto-génétique	Total
NOMBRE	28	7	2	17	21	3	11	23	11	17	140
%	20	5	1,4	12,1	15	2,1	7,9	16,5	7,9	12,1	

Sur 140 hémorragies, 116 lésions furent mises en évidence par la bulboscopie et la radiologie ; 7 lésions furent en outre diagnostiquées :

. une artériographie a permis d'affirmer l'existence de varices oesogastriques,

. cinq malades eurent un diagnostic post-mortem. Il s'agissait de 3 sujets porteurs de varices oesogastriques, d'une ulcération aiguë chez un cirrhotique et d'une ulcération oesophagienne,

. des troubles de la crase sanguine sont responsables du décès d'un malade.

Le pourcentage d'hémorragies cryptogénétiques est à cette période de 12 %.

D) COMMENTAIRES :

L'étude de nos deux périodes radio-endoscopiques nous permet de vérifier un certain nombre d'avantages de l'endoscopie :

. Son meilleur rendement diagnostique,

.../...

AUTEURS	ENDOSCOPIE	RADIOLOGIE	CORRELATION	Nombre d'hémorragies
AOUN (4)			89,4 %	87
BANCONS (10)	84 %	55 %	95 %	100
BIGARD (19)	78 %	50,9 %	94,8 %	900
FOURNET (103)	76 %	70,2 %	96,7 %	161
HALPHEN (121)	72 %	70 %	98,8 %	230
KLEPPING(277)	79,4 %	50,5 %	93,2 %	102
LARDENNOIS (162)	63,9 %	56,9 %	89,1 %	161
PALMER (223)	59,6 %	33,4 %	93 %	1400
Statistique personnelle	88,8 %	53,2 %	92 %	111

LES CORRELATIONS ENDO-RADIOLOGIQUES

Note statistique correspond aux malades de la période bulboscopique qui ont eu un bilan endo-radiologique.

Tableau 1

. La possibilité de mettre en évidence avec certitude la lésion causale,

. La possibilité d'affirmer l'existence de lésions multiples et souvent de connaître la cause exacte de l'hémorragie.

1) La valeur diagnostique de la radiologie n'a pas varié au décours des trois périodes (entre 50 et 60 % de diagnostics positifs). Elle correspond à d'autres études : BIGARD (19) 50,9 % ; KLEPPING (277) 50,5 % ; SEGURANA (252) 52,6 %. On peut noter pour BONNET-EYMARD et FOURNET (104) un taux plus élevé, 69,2 %.

2) Par contre, la valeur de l'endoscopie s'est considérablement améliorée :

Le pourcentage fibroscopique de bons résultats (55,4 %) de la période radio-endoscopique a été porté à 88,6 % à la période suivante grâce à la duodenoscopie.

3) Néanmoins, la radiologie reste un bon examen complémentaire,

. A la période radio-endoscopique, le gain de l'association des deux examens est appréciable, puisqu'elle permet 72 % de diagnostics positifs, alors que chacun de ces moyens d'investigations présente un pourcentage de 55 % environ.

. A la période duodénoscopique et radiologique, l'apport diagnostique est moindre, mais non négligeable, puisque le taux de diagnostics endoscopiques passe de 88 à 92 %, lorsque le transit oesogastrique est associé.

Nos résultats sont comparables à ceux retrouvés dans la littérature (V. Tabl. 1) : la confrontation des deux examens permet un pourcentage de diagnostics positifs compris entre 92 et 98 %.

4) Importance de l'amélioration diagnostique :

. Le pourcentage d'hémorragies demeurées "inexpliquées" a très nettement diminué. Il est passé de 34 % à la période radio-endoscopique à 12 % à la période duodénoscopique et radiologique.

.../...

. CREMER (59) compare trois périodes :

une avec endoscopie semi-rigide, 736 cas,

une avec oesogastroscopie, 440 cas,

une avec bulboscopie, 244 cas.

Les hémorragies cryptogénétiques étaient à un taux de 40 % à la première période, de 28 % à la seconde, et seulement de 4,5 % à la dernière.

. QUINTON (238) considère quatre périodes :

une avec radiologie en urgence et endoscopie rigide,

une avec fibroscopie hors urgence,

une avec fibroscopie en urgence associée à l'artériographie si nécessaire,

une avec duodénoscopie en urgence et artériographie.

Le pourcentage d'hémorragies cryptogénétiques passe de 18 % à la période I à 4,7 % à la période IV.

La duodénoscopie pratiquée en première intention associée au transit oesogastrique dans les 24 heures suivantes, fait très nettement diminué le pourcentage d'hémorragies "cryptogénétiques."

5) L'endoscopie d'urgence :

Si l'on compare la valeur diagnostique des endoscopies effectuées en urgence et en différé, on s'aperçoit que celles pratiquées en urgence ont permis 86 % de diagnostics positifs alors que celles réalisées en différé n'ont qu'un pourcentage de 53,6 %.

.../...

RESULTATS / PERIODE	RADIO-ENDOSCOPIQUE	BULBO-RADIOLOGIQUE	TOTAL	%	RADIO-ENDOSCOPIQUE	BULBO-RADIOLOGIQUE	TOTAL	%
Diagnostic Direct	22 73,3%	84	106	82,8%	24 45,3%	13 81,2%	37	53,6%
Indirect		4 (89,8%)	4	3,1%				
Exclusion								
Non Trouvé	7	8	15	11,7%	29	3	32	46,4%
Erroné	1	2	3	2,3%				
Total	30	98	128		53	16	69	

URGENCE DIFFERE

CONFRONTATION DE L'ENDOSCOPIE EN URGENCE ET EN DIFFERE

L'endoscopie en urgence améliore très nettement nos résultats. HALPHEN (121) constate qu'il n'existe aucune différence significative, pour les possibilités diagnostiques, entre la période hémorragique et les 24 premières heures, mais que celles-ci diminuent de façon très nette après le 2° jour. CREMER (59) sur 1350 cas note une chute de 86,5 % à 44,5 % du pourcentage de diagnostics positifs, lorsque l'endoscopie est faite après arrêt de l'hémorragie.

.../...

L'étude comparative des lésions observées en urgence et en différé, permet de souligner la très grande fréquence des lésions aigues mises en évidence en urgence (28 % des cas) contrastant avec leur faible pourcentage en différé (13 % des cas).

L'urgence permet d'apprécier la grande fréquence des lésions aigues.

	Varice	Oesophagite	Mallory Weiss	Ulcère gastrique	Ulcère bulbaire	Ulcère récidivant P.O.	Lésions aigues	Divers	Total
URGENCE	24	9	2	13	17	3	36 - 28%	6	110
DIFFERE	7	3		9	3		9 - 13%	6	37

6) Le diagnostic de certitude ne peut être affirmé que par l'endoscopie. Celle-ci a l'avantage de visualiser une lésion qui saigne ou qui présente des signes d'hémostase.

Mais la précocité de l'endoscopie intervient.

Le pourcentage de diagnostic de certitude passe de 14,5 % lorsque l'endoscopie a été effectuée en différé, à 56,3 % si celle-ci a été faite en urgence.

CERTITUDE	Période RADIO-ENDOSCOPIQUE	Période BULBO-RADIOLOGIQUE	T	%
URGENCE	16 / 30	56 / 98	72 / 128	56,3 %
DIFFERE	5 / 53	5 / 16	10 / 69	14,5 %

.../...

Les varices sont fréquemment vues en période hémorragique de même que les gastro-duodénites et les oesophagites ; par contre, les ulcères même en urgence sont rarement vus en train de saigner.

Certitude / Lésions hémorragiques		Varices	Oesophagite	Mallory Weiss	Ulcère gastrique	Ulcère bulbaire	Ulcération aigue	Gastrite hémorragique	Divers
URGENCE	a)	17	9	2	4	9	3	21	7
	b)	24	9	2	13	17	12	24	9
DIFFERE	a)	-	2		-	1	1	3	3
	b)	7	3		9	3	13	6	6

a) Lésion hémorragique
b) Lésion diagnostiquée à l'endoscopie

DIAGNOSTIC DE CERTITUDE ET LESIONS

Ces résultats sont en concordance avec divers travaux :

AUTEUR / LESION	Nombre	Vu Hémorragique	Signes d'hémostase
BIGARD (19)	900	45 %	+ 29,7 %
FOURNET (103)	162	52 %	+ 24 %
GRENIER BOLEY (114)	100	66 %	+ 17 %
KATON (150)	100	71 %	
LAMBERT (160)	163	67,5 %	
Paul (227)	100	85 %	
Notre statistique urgence x	128	56, 3 %	

x Les pourcentages très élevés de lésions, vu en période hémorragique (PAUL (227) 85 %) s'expliquent par la pratique très précoce de l'endoscopie dans les 12 heures pour cet auteur.

.../...

Lésion associée \ Lésion hémorragique	Varice	Ulcère gastrique	Ulcère bulbaire	Ulcération aigue	Gastrite hémorragique	Hernie hiatale hémorragique	Autre
Varice					3		
Ulcère gastrique		3					
Ulcère bulbaire	1	1	2		1		
Ulcération aigue			1				
Gastrite hémorragique	2	2	1			4	1
Hernie hiatale	1	1	2		2		1
Autre	1			1	1		2
Total	5	7	6	1	7	4	4

34
= 34,7 %

LES ASSOCIATIONS LESIONNELLES Tableau 2

Plus d'une fois sur deux, l'endoscopie en urgence permet d'affirmer le siège de l'hémorragie avec certitude.

6) La recherche des associations lésionnelles :

- Si nous considérons la bulboscopie en urgence, condition idéale pour une réelle efficacité diagnostique, nous pouvons constater la fréquence des associations lésionnelles.

Sur 98 examens pratiqués, nous avons décelé chez 88 malades une ou plusieurs lésions et dans 34 cas, le patient présentait deux lésions (34,7 %) (Tabl. 2).

- L'importance du pourcentage de ces lésions associées est diversement appréciée : inférieur à 20 % pour certains : HALPHEN (121) 8,7 % ; WALLS (279) 14,5 % ; BIGARD (19) 12,5 % ; DELMOTTE (75) 16,7 % ; COTTON (56) 15,4 %. Ce taux est beaucoup plus élevé dans les séries récentes : LAMBERT - MOULINIER (160) 33 % ; PAUL et SEIFERT (227) 33 % ; SUGAWA (265) 49,5 %. Cette discordance est essentiellement liée à la pratique actuelle de la duodénoscopie en urgence.

- C'est en cas d'association lésionnelle qu'il est important de connaître la lésion responsable de l'hémorragie actuelle.

Dans notre étude :

. 16 fois, une seule des deux lésions est vue hémorragique (47 % des associations),

. dans 10 cas, les deux lésions saignent ensemble (29,4 %). Il s'agissait toujours d'une gastroduodénite associée à des varices (2), un ulcère gastrique (2), un ulcère duodénal (1), une malformation vasculaire duodénale (1) et dans quatre cas à une importante oesophagite hémorragique sur hernie hiatale. LAMBERT (160) constate une double cause hémorragique dans 17 % des cas (9/54 associations),

. enfin, 8 fois, aucune des deux lésions ne présente de signes locaux d'hémorragie (23,5 %). Pour LAMBERT, cette éventualité s'observe dans 26 % de ses cas (14/54 associations).

.../...

Lésion hémorragique	Varice	Hernie hiatale	Ulcère gastrique	Ulcère bulbaire	Ulcération aigue	Gastro-duodénite hémorragique	Divers
Diagnostic certain	11	2	1	7 (1)	1	17	7 (1)
2 lésions hémorragiques	2	4	2	1		10	1
Probable	4		5 (3)	7 (1)	8	3	2 (1)
Aucune lésion hémorragique		2	2	2			
Non responsable	3	5		2	2		2

( ) = correspond à une double lésion identique.

POTENTIALITE HEMORRAGIQUE DES LESIONS

(DUODENOSCOPIE EN URGENCE)

Tableau 3

- Si l'on examine la possibilité hémorragique d'une lésion (V. Tabl. 3) et que l'on compare nos résultats avec ceux de LAMBERT - MOULINIER - LOUPI (160), on constate les faits suivants :

a) L'ulcère gastrique observé chez 10 malades est vu hémorragique dans trois cas (30 %). Il peut être considéré comme probablement responsable cinq fois (50 %) car il est soit isolé, soit associé à un autre ulcère gastrique non hémorragique, enfin deux fois il accompagne une autre lésion et aucune ne saigne (20 %).

Pour LAMBERT, il saigne dans 56 % et est source potentielle dans 23 %.

Nous le retrouvons associé à une autre lésion chez 7 malades et il ne saigne alors que dans deux cas (28 %) ;(LAMBERT 48 %).

b) L'ulcère duodénal observé chez 19 malades n'est vu hémorragique que huit fois (42,1 %). Il est probablement responsable dans sept cas (36,9 %). Enfin, deux fois il accompagne une autre lésion et aucune ne saigne (10,5 %).

Pour LAMBERT, il saigne dans 78 % des cas et est source potentielle dans 20 %.

Dans cette série, il est associé à une autre lésion chez six patients et saigne alors dans quatre cas (66,7 %) ; (LAMBERT 83 %).

c) Les ulcérations aigues sont observées chez 11 malades. Elles ne sont vues hémorragiques qu'une fois (9,1 %), mais probablement responsables dans huit autres cas (72,7 %).

Elles sont associées à une autre lésion dans deux cas et non hémorragiques.

d) La gastroduodénite hémorragique, observée chez 30 malades, saigne dans 27 cas (90 %) et est considérée comme responsable trois fois, car il s'agissait d'une gastrite érosive isolée (10 %).

Pour LAMBERT, elle saigne plus rarement (59 %) et est source potentielle dans 8 %.

Dans notre étude, elle est associée chez 17 malades et toujours source hémorragique.

.../...

AUTEURS	VARICES	
BIGARD (19)	204 sur 250	80 %
BONNANO (30)	33 sur 77	42,8 %
DAGRADI (64)	50 sur 121	41 %
DELBECQ (74)	58 sur 77	75 %
FOURNET (103)	28 sur 40	66 %
GLAS (111)	88 sur 167	51,7 %
HALPHEN (121)	61 sur 70	87 %
LAMBERT (160)	29 sur 64	45 %
Mc CRAY (185)	20 sur 69	28,9 %
MINICONI (199)	67 sur 87	63 %
PARIS (226)	17 sur 82	20, 7 %
SEIFERT (227)	16 sur 34	50 %
SUGAWA (265)	8 sur 22	38 %
NOTRE SERIE	13 sur 20 + 4 isolées	65 % 20 %

RESPONSABILITE DES VARICES Tableau 4

e) La hernie hiatale, présente chez 13 malades, est 6 fois responsable de l'hémorragie (46,2 %), dans deux cas, elle accompagne une autre lésion et aucune ne saigne (15,4 %).

Elle est fréquemment associée, onze fois, et n'est hémorragique que dans 4 cas (36,3 %).

f) Les varices oesophagiennes observées chez 20 malades sont vues hémorragiques 13 fois (65 %) et considérées comme probablement responsables dans 4 cas (20 %).

Pour MOULINIER, elles ne saignent que dans 45 % des cas, mais sont source potentielle dans 30 %.

Dans cette série, elles sont associées à une autre lésion chez 8 malades et néanmoins responsables dans 5 cas (62,5 %) ; (LAMBERT 20 % seulement).

De cette analyse, on peut faire quelques déductions :

- Il n'y a pas de concordance exacte entre notre série endoscopique et celle de LAMBERT - MOULINIER (160).

- Dans notre étude :

. l'ulcère gastroduodénal et les ulcérations aigues sont rarement observés en période hémorragique. Ils sont vraisemblablement responsables du saignement dans la majorité des cas,

. les gastroduodénites, au contraire, saignent fréquemment au cours de l'endoscopie,

. la hernie hiatale est moins d'une fois sur deux, source d'hémorragie, et lorsqu'elle est associée, elle n'est que rarement responsable,

. la responsabilité des varices dans le saignement en cours est diversement appréciée. Elle est estimée par certains auteurs aux environs de 50 % des cas (V. Tabl. 4) : DAGRADI (64) 41 % ; GLASS (111) 51,7 % ; SUGAWA (265) 38 % ; BONNANO (30) 42,9 %. Alors que pour d'autres le pourcentage est de plus de 75 % : BIGARD (19) 80 % ; HALPHEN (121) 87 % ; DELBECQ (74) 75 %.

- Mais les séries étudiées sont très hétérogènes : moyens diagnostiques mis en oeuvre différents, absence d'endoscopie d'urgence pour certaines statistiques, d'où la difficulté des comparaisons.

.../...

- Certains auteurs estiment que lorsqu'aucune autre lésion oesogastroduodénale n'est découverte, les varices sont très probablement responsables du saignement (MINICONI (199), BIGARD (19), NOUS-MEMES).

D'autres, ne les considèrent comme responsables que lorsqu'elles sont vues hémorragiques ou avec des signes locaux d'hémostase.

- Enfin, l'Ecole de LEGER (Thèse DELBECQ (74) pense qu'un grand nombre de lésions aigues gastriques, observées en cas d'hypertension portale, correspondent en fait à des ruptures variqueuses microscopiques, qui ne peuvent être mises en évidence que par examen anatomopathologique. On constate d'ailleurs que les lésions aigues chez les sujets cirrhotiques, prédominent très largement, dans les séries où les varices ne sont que très peu incriminées (DAGRADI (64) varices 41 % et lésions aigues 33,5 % ; GLASS (111) rupture variqueuse 51,7 % et lésions aigues 35 %).

- Dans notre étude, les varices sont fréquemment responsables de l'hémorragie : 65 % de nos cas, et en outre dans 20 %, elles le sont probablement, car trouvées isolées. (LAMBERT et MOULINIER (160) les trouvent hémorragiques dans 45 % des cas, et source potentielle dans 30 %).

- Associées à une autre lésion, elles sont, pour nous, cause du saignement dans 62,5 % des cas; alors que pour d'autres auteurs, leur responsabilité est moindre (LAMBERT (160) 20 % ; FOURNET (103) 45 %).

E) LES EXAMENS VASCULAIRES :

Ils correspondent avant tout à l'artériographie coelio-mésenterique, et à la splénoportographie.

1) LA SPLENOPORTOGRAPHIE fut introduite par LEGER et MENEGAUX (194) en 1957. Elle permet d'opacifier l'axe splenoportal et d'affirmer l'hypertension portale. Malheureusement, elle n'est pas dénuée de danger et actuellement, elle est réservée au bilan pré-opératoire de la chirurgie portale.

.../...

Nous l'avons fait effectuer chez 7 malades, à la période radio-endoscopique.

. Trois fois, nous l'avons proposée dans un but diagnostique. Elle confirma dans deux cas, la présence de varices oesogastriques, mais nous induisit une fois en erreur car l'hémorragie était en fait liée à un ulcère bulbaire associé.

. Quatre fois, l'examen vasculaire a été pratiqué en pré-opératoire d'une intervention de dérivation portale.

Nous devons mentionner deux ruptures spléniques sans conséquence, car survenues en milieu chirurgical. LEGER (169) estime le risque à 1 %.

2) UNE OMBILICOPORTOGRAPHIE et une ILEOPORTOGRAPHIE furent effectuées. Dans un cas, l'examen confirma l'hypertension portale.

3) L'ARTERIOGRAPHIE fut préconisée dans le diagnostic des hémorragies digestives par NUSBAUM et BAUM vers 1964. Elle fut introduite en France par HERNANDEZ (127).

Elle a l'avantage, outre la possibilité de permettre un diagnostic lésionnel, de montrer parfois la fuite vasculaire sous la forme d'une flaque iodée extravasée dans le tube digestif. Dans ce dernier cas, le saignement doit être très important, d'un débit de l'ordre de 2 à 3 ml par minutes, c'est-à-dire environ 3 litres de sang transfusés en moins de 24 heures (BAUM et NUSBAUM in thèse NAUDIN (213). C'est d'ailleurs dans ces hémorragies massives, que les autres examens et en particulier l'endoscopie se révèle infructueuse du fait de l'abondance du sang intragastrique. Elle est dans ce cas d'un interêt certain. STANLEY (263) sur 68 artériographies d'urgence, dont 54 pour hémorragies digestives hautes, constate 85 % de diagnostic d'extravasation chez les sujets ayant nécessité plus de 5 flacons de sang et 77 % de diagnostics positifs chez les patients en état de choc.

.../...

Nous avons réalisé 12 examens artériographiques, mais aucun ne fut pratiqué en période hémorragique.

. Une seule fois, elle permit un diagnostic lésionnel, thrombose splenoportale sur pseudokyste de pancréas, sans d'ailleurs préciser le mécanisme de l'hémorragie (absence de varice oesogastrique),

. Dans 5 cas, elle confirma un diagnostic déjà posé : une suspicion endoscopique de malformation vasculaire duodénale, et quatre varices oesophagiennes mises en évidence par transit baryté oesogastrique,

. Une fois, elle affirma l'hypertension portale, mais l'hémorragie était liée en fait à un ulcère bulbaire associé,

. Dans deux cas, elle fut utilisée à titre de bilan, une fois en bilan pré-opératoire d'une intervention portale, et la seconde à la recherche d'une malformation vasculaire chez un malade porteur d'un angiome oesophagien hémorragique (Maladie de Rendu Osler).

. Enfin, trois fois elle ne montra aucune lésion.

Nous n'avons aucun incident à déplorer.

L'apport diagnostique de l'artériographie est faible dans cette étude, mais elle fut peu employée et jamais en période hémorragique. En effet, nous préférons répéter la fibroscopie, qui est de réalisation facile et rapide dans un centre d'endoscopie, alors que la pratique de cet examen radiologique spécialisé pose souvent, en urgence, de nombreuses difficultés matérielles. L'artériographie conserve néanmoins pour nous une place importante, en particulier dans les hémorragies digestives hautes persistantes ou récidivantes, après bilan fibroscopique et radiologique négatif. Elle est essentiellement fonction "de l'impossibilité ou de la négativité des examens habituels" BISMUTH (23).

.../...

EN CONCLUSION,

Actuellement, dans notre expérience, la splénoportographie n'est pratiquée qu'à titre pré-opératoire de la chirurgie portale. L'artériographie coelio-mésentérique, conserve un grand intérêt en période hémorragique, si le bilan fibroscopique et radiologique s'avère négatif ou impossible.

II - LES LESIONS RESPONSABLES - LES HEMORRAGIES DITES "CRYPTOGENETIQUES"

Nous allons étudier les différentes lésions responsables de nos hémorragies digestives hautes. Nous ferons une analyse des saignements "inexpliqués" et enfin nous confronterons nos résultats avec ceux de la littérature.

A) LES VARICES OESOGASTRIQUES : 60 cas (20,7 % de nos hémorragies digestives hautes). Elles ont été observées chez 48 malades. L'hypertension portale était liée 45 fois à un bloc intrahépatique (42 cirrhoses éthyliques, 1 post-hépatique, 1 hémochromatosique, 1 méditerranéenne) et trois fois à un bloc préhépatique (1 cavernome portal et deux cancers pancréatiques avec thrombose splénique associée).

Le transit baryté oesogastrique effectué chez 51 malades porteurs de varices les a mises en évidence dans 45 cas (soit 88,2 %). Des résultats analogues sont notés par d'autres auteurs : FOURNET (103) 86 % ; MINICONI (198) 80,3 % ; NICODEME (215) 82,1 % : ils sont moindres pour d'autres auteurs : BIGARD (19) 65,4 % ; DAGRADI (64) 60 %. Mais cet examen est trop imprécis. Ainsi DAGRADI (64) chez 121 cirrhotiques, porteurs de varices, note que dans 28 % des cas où les varices n'étaient pas visibles radiologiquement, elles étaient responsables de l'hémorragie.

L'endoscopie les visualise sous forme de cordons longitudinaux de coloration blanchâtre ou bleutée, parcourant l'oesophage à partir de la région cardiale sur une hauteur plus ou moins importante. Les varices cardiotubérositaires sont d'exploration plus difficile, car une rétrovision est nécessaire. Cet examen permet d'affirmer la responsabilité éventuelle des varices dans le déterminisme de l'hémorragie en montrant, un orifice punctiforme ou une fissure sur le cordon variqueux d'où suinte le sang, un caillot frais adhérant à la lésion, parfois une muqueuse très inflammatoire qui recouvre une varice congestive et violacée.

.../...

DAGRADI (65) a proposé une classification endoscopique des varices selon leur grosseur (Stade I à V). Son intérêt serait pronostic, les varices très développées seraient plus enclines à se rompre et à saigner.

Cet examen endoscopique pratiqué chez 34 malades porteurs de varices, les a mises en évidence 31 fois (91,1 % des cas), mais dans un cas, l'exploration fut effectuée avec le gastroscope à vision latérale. Elles sont donc très souvent vues par l'endoscopiste, MINICONI (198) 95 % ; NICODEME (215) 97 %, et lorsque la fibroscopie est faite en urgence, elles saignent dans 70 % des cas (17 sur 24 cas).

B) LES ULCERES GASTRODUODENAUX : 78 cas

C'est la lésion la plus fréquemment responsable d'hémorragies digestives hautes dans notre étude (26,9 % des cas).

1) L'ULCERE GASTRIQUE : 31 cas

Le transit baryté oesogastrique pratiqué chez 30 malades, l'a mis en évidence 25 fois (83 %). Ces résultats sont légèrement supérieurs à ceux de BIGARD (19) 63 % ; AOUN (4) 68,7 %. Avec cet examen, les localisations au niveau des faces sont rarement diagnostiquées.

L'endoscopie, pratiquée chez 23 patients visualisa l'ulcère dans 22 cas (95,7 %). Un second examen réalisé en dehors de la période hémorragique permettra d'effectuer des prélèvement biopsiques qui préciseront la nature exacte de l'ulcération.

Elle siège avec prédilection au niveau de la petite courbure gastrique, en particulier sur la partie verticale versant postérieur. Ainsi, nous avons constaté : petite courbure verticale (12 cas), angulus (6), région prépylorique (4), petite courbure horizontale (3), grande courbure horizontale (3), grosse tubérosité (1), parfois une double localisation (2) l'une associait une ulcération de la petite courbure

.../...

verticale et de la région prépylorique, l'autre un ulcère de la petite courbure verticale et de l'angulus. Cet ordre de fréquence des localisations avec une prédominance très nette au niveau de la petite courbure, se retrouve dans les études de BIGARD (19), FOURNET (103), BRES (34), MARTIN F. (190). La localisation à la grande courbure horizontale gastrique est pour LEVRAT (173) très évocatrice d'une origine médicamenteuse (2 de nos 3 cas).

Enfin, pour F. MARTIN (190) si l'ulcere gastrique est moins fréquent que l'ulcère duodénal, il est plus souvent responsable d'hémorragie.

2) L'ULCERE DUODENAL (44 cas) :

Avant l'ère bulboscopique, seule la radiologie permettait efficacement son diagnostic.

Dans notre étude, le transit baryté a permis de mettre en évidence la niche ulcéreuse dans 83,7 % des 43 examens effectués, et a montré un bulbe déformé de type ulcéreux dans 16,3 % des cas. Cet intérêt de la radiologie est souligné par d'autres auteurs; FOURNET (103) 93 % , BIGARD (19) 80,3 %, AOUN (4) 82 %.

L'endoscopie a été longtemps défaillante, puisqu'elle n'a pu l'affirmer que 20 fois sur 30 examens fibroscopiques (66,6 %). Mais ces échecs se situent à la première période radio-endoscopique. Aujourd'hui la duodénoscopie se révèle indispensable pour mettre en évidence des lésions superficielles ou des ulcères jeunes. On peut suspecter l'ulcère duodénal lors de l'exploration, devant la présence d'une muqueuse antrale pavimenteuse et oedémateuse d'hyperfonctionnement, d'un pylore déformé volontiers entrouvert, d'un reflux sanglant à travers cet orifice pylorique. Celui-ci franchi, on découvre l'ulcération située de préférence au niveau de la face antérieure, moins souvent sur la petite courbure bulbaire ou sur la face postérieure. L'ulcère duodénal peut être de situation post-bulbaire (2 cas) ou de localisation double, bulbaire et post-bulbaire (2 fois). Enfin, il peut passer inaperçu lorsqu'il se situe très près de la base du bulbe, ou lorsque celui-ci est profondément remanié et présente d'importants plis congestifs qui gênent l'examen.

.../...

3) L'ULCERE RECIDIVANT POST-OPERATOIRE (3 cas)

Une seule fois, il a été affirmé par le transit baryté. Son diagnostic radiologique est difficile. DVORSKY (94) ne l'effectue que dans 47 % de ses ulcères anastomotiques.

L'endoscopie par contre, permet facilement de le localiser sur le versant jéjunal de l'anastomose.

C) LES LESIONS AIGUES :

Elles sont fréquentes. Nous retrouvons 32 gastroduodénites hémorragiques ou érosives, et 19 ulcérations aigues (soit 17,6 % des HDH).

1) LA GASTRODUODENITE HEMORRAGIQUE (23 cas)

A l'endoscopie, on peut voir une muqueuse qui présente des plaques d'exsudation sanguine, ou qui prend un aspect purpurique ou ecchymotique. L'atteinte peut être soit diffuse, soit localisée à une petite zone gastrique. Il faut souligner son extrême labilité, l'aspect de la muqueuse peut varier avec une grande rapidité.

Nous avons noté parmi les atteintes gastriques, 8 formes diffuses et 5 formes localisées ; dans 5 cas, une atteinte double gastrique et duodénale ; enfin, nous avons rattaché à ce groupe deux stomites hémorragiques et trois gastrites hémorragiques du moignon restant.

2) LA GASTRODUODENITE EROSIVE (9 cas)

Elle se présente comme de multiples petites érosions de 1/2 à 1 mm de diamètre, très superficielles, situées sur une muqueuse succulente et fragile. Dans 8 cas, le siège était gastrique, alors que dans un cas, il s'agissait d'une duodénite érosive.

Cette lésion serait assez évocatrice d'une ingestion médicamenteuse, en particulier salicylée (nos 9 cas).

.../...

Soulignons que ces deux formes de lésions aigues sont des échecs radiologiques. Elles n'ont été affirmées que par l'endoscopie.

3) LES ULCERATIONS AIGUES (19 cas)

Elles étaient 13 fois de siège gastrique et pour 6 d'entre elles de localisation duodénale.

Elles ont parfois été mises en évidence par la radiologie surtout à la période radio-endoscopique (12 fois sur 18 transits effectués soit 61,1 %), et le plus souvent par endoscopie (15 cas sur 17 explorations endoscopiques 89 %).

Mais, elles sont très difficiles à différencier des ulcérations chroniques. Elles se présentent à la fibroscopie comme des pertes de substance à l'emporte pièce, souvent peu profondes et à berges souples, sans modification de la muqueuse avoisinante. Elles sont volontiers multiples. Seul en fait, l'examen anatomo-pathologique, en vérifiant l'absence de fibrose périulcéreuse, permettrait de les distinguer des ulcères chroniques. En pratique, l'argument endoscopique s'allie à l'argument clinique (absence d'antécédent ulcéreux, notion de prise médicamenteuse, disparition rapide de la lésion). C'est ainsi qu'un certain nombre de nos ulcérations aigues, en général médicamenteuses, avait disparu au 10^{e} - 12^{e} jour, lors d'un second contrôle fibroscopique. Mais même cet argument évolutif n'est pas absolu. TANAKA (267) fait des contrôles successifs par endoscopie de ces lésions et note que la disparition de l'ulcération aigue s'effectue dans 4 cas entre 11 et 20 jours, 5 fois entre 21 et 30 jours et pour 5 malades entre 31 et 40 jours.

4) L'EXULCERATIO SIMPLEX DE DIEULAFOY correspond à une ulcération aigue n'atteignant pas la musculeuse et qui érode une artère superficielle. Il est rare, nous n'en avons observé aucun cas. BIGARD (19) en signale 4 cas sur 900 HDH.

.../...

D) LES HERNIES HIATALES HEMORRAGIQUES : 12 cas soit 4,1 %

Malgré leur grande fréquence, elles ne sont que rarement cause d'hémorragie digestive. MOULINIER (207) a examiné 400 hernies hiatales, et celles-ci n'étaient responsables d'une hémorragie extériorisée que dans 13 cas (3,2 %). Le risque hémorragique d'une hernie hiatale est donc faible.

Si le transit baryté oesogastrique permet une bonne analyse et met en évidence l'existence possible d'un reflux oesophagien important, seul l'endoscopie peut affirmer leur responsabilité dans le saignement en cours. Cette responsabilité est d'ailleurs diversement appréciée, même dans les séries endoscopées : DELUMEAU - MINICONI (76) 8,5 % ; COTTON (56) 8 % ; FOURNET (103) 7 % ; PALMER (223) 6,6 % ; PAUL - SEIFERT (227) 3,5 % ; KATON (150) 13 % ; Notre statistique 4,1 %.

L'hémorragie peut être liée à une oesophagite diffuse (10 cas) ou à une ulcération peptique sus herniaire (2 cas) ; à une gastrite de la poche herniaire, nous n'en avons aucune observation contrairement à certains auteurs BIGARD (19) 9 cas, MINICONI (76) 8 cas; à un ulcère du collet, lésion que nous n'avons pas rencontrée.

E) LE SYNDROME DE MALLORY-WEISS :

Anatomiquement, il correspond à une ou plusieurs fissures longitudinales de la muqueuse gastrique, siégeant sur le pourtour de l'orifice cardial et n'atteignant que rarement la muqueuse oesophagienne.

Cliniquement, certains caractères sont très évocateurs : les hématémèses surviennent après de violents vomissements non sanglants, prolongés et très douloureux. Elles s'observent souvent chez l'éthylique après excès de boisson, ou chez le cirrhotique : ainsi BONNANO (30) signale 8 cirrhoses sur 24 syndromes de Mallory-Weiss, MINICONI (76) note 6 cirrhoses sur 12 syndromes. La hernie hiatale serait un facteur favorisant.

.../...

Nous en avons observé deux cas affirmés par l'endoscopie, alors que le transit baryté était normal.

Sa fréquence est elle aussi très diversement appréciée : DELUMEAU et MINICONI (76) 12 % ; BONNANO (30) 12 % ; SUGAWA (264) 15 % alors que PALMER (223) en note 5,1 % ; BIGARD (19) seulement 6 cas sur 900 HDH et notre série n'en comporte que 2 cas sur 290 HDH.

Mais certains auteurs comme CREMER (58) incluent dans le diagnostic de MALLORY-WEISS des lésions différentes. Dans une étude portant sur 53 cas, cet auteur fait les constatations suivantes :

. la symptomatologie clinique typique n'est trouvée que dans 25 cas, l'hématémèse pouvant être isolée,

. les ulcérations visualisées à l'endoscopie peuvent aussi bien siéger sur la muqueuse gastrique (21 cas), sur la muqueuse oesophagienne (12 fois), sur la jonction oesogastrique (12 cas),

. la hernie hiatale est très peu retrouvée, 6 cas soit environ 10 %.

Par contre, MINICONI (76) isole des lésions oesophagiennes qu'il dénomme "ulcérations hémorragiques de la jonction oesogastrique", car elles n'ont pas les caractères morphologiques classiques du Mallory-Weiss. Elles sont de forme arrondie ou ovalaire et assez superficielles. Cet auteur en signale 8 cas.

Deux autres ulcérations du bas oesophage pourraient dans notre étude, correspondre à cette dernière éventualité.

F) LES LESIONS DIVERSES : comprennent

1) LES TUMEURS :

- malignes : 11 cas (3,8 % des HDH), il s'agissait d'épithélioma gastriques (8), oesophagiens (2) et pancréatique (1).
- bénignes : 2 cas (0,7 %) un granulome eosinophile et un adénome gastrique.

.../...

Les hémorragies des tumeurs bénignes sont volontiers importantes et graves alors que celles des cancers sont généralement peu préoccupantes.

2) LES AUTRES LESIONS : 6 cas (2,1 %)

- une malformation vasculaire duodénale,
- une fistule biliodigestive,
- une thrombose splénique sur pseudokyste du pancreas sans varices oesogastriques décelables à la splenoportographie,
- deux ulcérations du bas oesophage isolées,
- une hémorragie liée à un trouble de la crase sanguine.

G) LES HEMORRAGIES "CRYPTOGENETIQUES" 68 cas :

Nos hémorragies sont demeurées inexpliquées 51 fois à la période radio-endoscopique et 17 fois à la période duodénoscopique et radiologique.

Elles imposent quelques commentaires :

1) Certaines d'entre elles ont reçu une explication lors d'une hospitalisation ultérieure, 6 cas soit 8,8 %,

. une malformation vasculaire duodénale et une fistule biliodigestive furent diagnostiquées au deuxième séjour,

. quatre hémorragies inexpliquées survenues chez une malade de 85 ans étaient dues à un ulcère sous cardial mis en évidence à l'autopsie lors de l'ultime séjour.

2) Certains malades n'ont pas eu de bilan, 12 cas soit 17,6 %,

. dix patients décédérent rapidement. Il s'agissait d'une insuffisance cardiaque globale, d'une insuffisance respiratoire en poussée aigue, de 8 cirrhoses dont sept en décompensation oedémato-ascitique,

. aucun examen ne fut possible chez un malade dément de 88 ans,

. enfin, un malade de 24 ans refusa toute investigation.

.../...

3) Dans 19 cas, le bilan ne fut que radiologique (27,9 %).

On peut mentionner parmi ces malades, cinq cirrhoses dont quatre en décompensation oedémato-ascitique, 10 fois le malade signalait une prise médicamenteuse gastrotoxique dans les 48 heures précédentes, enfin, 4 patients étaient porteurs d'une hernie hiatale.

4) Un bilan radio-endoscopique fut effectivement réalisé dans 31 cas (45,5 %), 19 fois à la période radio-endoscopique et 12 fois à la période duodénoscopique et radiologique. Mais 9 examens fibroscopiques furent effectués en urgence et seulement dans 6 cas avec un duodénoscope.

Ce groupe comprend 6 sujets cirrhotiques, 19 patients qui signalaient une absorption médicamenteuse gastrotoxique, enfin 7 sujets présentaient une hernie hiatale.

- Parmi les hémorragies restées "inexpliquées", 6 malades seulement ont eu un bilan complet, or actuellement on ne peut réellement parler d'hémorragies "cryptogénétiques" qu'après duodénoscopie effectuée en urgence associée à un transit baryté oeso-gastrique.

- Par ailleurs, l'étude de ces hémorragies permet d'autres constatations :

. le facteur déclenchant médicamenteux est fréquemment retrouvé : 32 patients ont signalé la prise d'une drogue gastrotoxique (51,6 % des hémorragies inexpliquées). Celle-ci peut créer des lésions aigues labiles, et seulement 4 de ces malades ont eu une bulboscopie en urgence. Ce facteur a déjà souvent été signalé dans les hémorragies "inexpliquées" KOLMANN (155), BITOUN (24), BIGARD (19).

. de plus, les hémorragies sont volontiers survenues chez des sujets cirrhotiques (19 malades) 28 % des cas.

+ Chez les 8 malades décédés sans bilan, le rôle des ruptures de varices est bien possible quoique non certain. Ainsi, LANDOUSLY (161) signale dans sa thèse que chez 59 malades décédés d'HDH, dont 55 cirrhoses et 4 steatoses, il n'a constaté à l'autopsie que 10 ruptures variqueuses et 34 lésions aigues.

+ Par contre, nos 11 autres patients cirrhotiques ont eu, soit un transit baryté, soit une endoscopie qui n'ont pas révélé de lésion.

.../...

	Appareil	Varices	Oesopha-gites	Mallory-Weiss	Ulcères gastriques	Ulcères bulbaires	Lésions aigues	Divers	Crypto-génétiques	Nombre
BANCONS (10)	B -	28 %	22%		30%	8%	5%	2%	5%	100
BIGARD (19)	B ±	22,7%	3%	2,8%	17,6%	19,4%	23%	9,2%	2,3%	900
DEBRAY (70)	B -	30%			31 %		21%	11%	7%	150
DELMOTTE(75)		8,5%	2,5%	1,5%	39 %		42%	5,5%	1%	200
DONJAN (80)	B -	8,9%	7,2%	1,6%	16,1%	8,9%	37,1%	15,2%	5%	124
FOURNET (103)	B ±	18%	7%		14,6%	28,2%	20%	9%	3,2%	161
GRENIER-BOLEY (114)	B -	2[illegible]%			20%	8%	37%	9%	4%	100
HALPHEN (121)	B -	31%	6%		16%	14%	22%	5%	6%	230
KLEPPING (277)	B ±	18%	1%	1%	20%	16%	24%	13,2%	6,8%	102
MINICONI (199)	B -	40%	8,7%	9,3%	6,7%	5,4%	15,3%	0,6%	14%	150
PALMER (223)	B -	18,7%	6,7%	5,1%	12,5%	27,7%	13,5%	8,8%	7%	1400
RIBET (245)	B ±	18%	7%		38 %		25,7%		13,5%	301
RIGO (247)	B ±	5,5%	2%		13%	5,5%	25%	28%	15%	200
COTTON (56)	B +	3,4%	7,7%	1%	28,3%	24%	12,5%	8,2%	14,9%	208
KATTON (150)	B+	16%	13%	8%	18%	23%	9%	8%	5%	100
KOZU (156)	B +			0,5%	58,8%	11,8%	6,8%	10,8%	11,3%	221
PALIARD (221)	B +	16%			49 %		12%	16%	6%	123
PARIS (226)	B +	8,5%	2,5%	1,5%	39%		42%	4,9%	1,5%	200
SUGAWA (265)	B +	6%	1,5%	15%	18%	11%	42%	3,5%	3%	183
SEIFERT (227)	B +	14%	3,5%	4,3%	21,7%	11,3%	15,7%	19,1%	10,4%	115
Statistique personnelle	B +	20%	5%	1,4%	12,1%	15%	24,4%	10 %	12,1%	140

B = Bulboscopie

SERIES ENDOSCOPIQUES

Tableau n° 5

On peut donc penser que dans la majorité des cas, les saignements étaient dûs à des lésions aigues.

- Enfin, pour COLDEFY (48), certaines hémorragies inexpliquées sont secondaires à une agression du système nerveux central, qui crée des lésions aigues. Un seul de nos cas, un insuffisant respiratoire en poussée aigue, pourrait être considéré comme une hémorragie dite de STRESS.

Tous ces faits montrent l'importance vraisemblable des lésions aigues. Comme KOHLMAN le souligne "La Gastrite hémorragique semble dominer la pathogénie des hémorragies obscures".

G) COMPARAISON avec d'autres séries endoscopiques :

Elle fait apparaître une répartition variable de l'étiologie des hémorragies digestives hautes (V. Tableau 5).

Mais les séries sont très hétérogènes :

. le recrutement des malades diffère selon l'orientation médicale ou chirurgicale du service,

. l'importance de la cirrhose éthylique en France, explique le pourcentage élevé de ruptures de varices dans les séries françaises, (autour de 20 %) contrastant avec leur faible pourcentage dans les séries anglo-saxonnes ou japonaises (COTTON (56) 3,4 % ; SUGAWA (265) 6 %).

. certaines études considèrent l'ensemble des hémorragies digestives hospitalisées, alors que d'autres auteurs sélectionnent les malades endoscopés ou radio-endoscopés.

. l'appareillage endoscopique peut être différent : gastroscope ou bulboscope.

. enfin, l'examen fibroscopique peut être effectué plus ou moins précocement.

.../...

Certaines constatations peuvent néanmoins être faites :

. l'ulcère gastro-duodénal est responsable de plus de 30 % des hémorragies digestives sus mésocoliques,

. les ruptures de varices et les lésions aigues sont en France, de fréquence identique (environ 20 %),

. la hernie hiatale est la source de l'hémorragie dans 5 % des cas,

. moins d'une hémorragie sur dix reste actuellement inexpliquée.

III - VALEUR D'ORIENTATION DIAGNOSTIQUE DES ELEMENTS CLINIQUES ET BIOLOGIQUES

La lésion responsable de l'hémorragie actuelle a été affirmée par le bilan fibroscopique et radiologique. Nous allons analyser l'importance diagnostique que peut avoir l'interrogatoire du malade, l'examen clinique et les examens biologiques courants.

A) LES ANTECEDENTS :

- Dans 26 cas, la notion d'une cirrhose antérieure évoquait la rupture de varices oesogastriques, qui fut ultérieurement confirmée par le bilan.

Trois de ces malades avaient subi une anastomose porto-cave antérieure (recul de 3 à 4 ans) et 17 patients avaient déjà des antécédents hémorragiques par rupture de varices.

- Dans 29 cas, des antécédents ulcéreux étaient notés à l'interrogatoire et la maladie ulcéreuse fut affirmée par le bilan :

. pour 6 malades, il s'agissait d'un ulcère gastrique (19,3 % de nos ulcères gastriques),

. dans 20 cas, le malade présentait un ulcère duodénal (45,4 % de nos ulcères duodénaux),

. 3 patients, anciens gastrectomisés pour maladie ulcéreuse, étaient porteurs d'un ulcère récidivant post-opératoire.

Notons que ,

. Les antécédents ulcéreux étaient connus dans la majorité des cas depuis de nombreuses années, pour 20 sujets depuis plus de 10 ans, pour sept malades entre 5 et 10 ans, mais deux ulcères ne s'étaient déclarés que depuis quelques mois.

. Dans 8 cas, il s'agissait d'une récidive hémorragique (qui survint chez deux ulcéreux gastriques et 6 ulcéreux bulbaires).

.../...

. 4 malades avaient déjà subi une intervention chirurgicale antérieure. L'épisode hémorragique récent correspondait aux trois ulcères récidivants post-opératoires et à une récidive d'ulcère suturé antérieurement.

- Enfin, l'interrogatoire orientait vers trois autres lésions, une hernie hiatale déjà hémorragique au précédent séjour et deux néoplasmes gastriques gastrectomisés quelques mois auparavant.

- Mais,

. l'hémorragie était dûe à une lésion aigue chez quatre sujets cirrhotiques porteurs connus de varices,

. 10 malades aux antécédents ulcéreux présentaient une hémorragie liée à une gastrite hémorragique. On peut souligner parmi ceux-ci la fréquence des interventions antérieures, en majorité anciennes (dans 5 cas sur 6 supérieure à 5 ans).

En fait, si l'interrogatoire reste bien un temps capital, puisqu'une fois sur quatre, il oriente vers une lésion précise confirmée ultérieurement, il n'est pas formel, car la cause de l'hémorragie peut provenir d'une lésion associée. Il s'agit souvent d'une lésion aigue survenant chez un ulcéreux ou un cirrhotique.

B) L'EXISTENCE D'UN SYNDROME DOULOUREUX ANTERIEUR :

L'analyse des malades présentant ou non une symptomatologie douloureuse permet de souligner plusieurs faits,

- les cirrhotiques porteurs de varices oesogastriques ne signalent que très rarement, des douleurs épigastriques (5 cas) d'ailleurs très atypiques.

- chez l'ulcéreux, la douleur peut être absente en cas d'ulcère gastrique (22,6 % des cas) mais l'est rarement lorsqu'il s'agit d'un ulcère duodénal (6,8 % des malades).

- Elle est très volontiers atypique pour l'ulcère gastrique, 16 % des malades présentent un syndrome ulcéreux franc, alors que pour l'ulcère duodénal on retrouve dans plus de 40 % des cas une symptomatologie typique.

.../...

On peut souligner que l'existence d'un syndrome douloureux ulcéreux typique a une bonne valeur d'orientation lorsqu'il existe. 24 fois il correspondait à un ulcère gastroduodénal. Les deux autres cas sont survenus chez des sujets présentant des lésions aigues mais pour l'un d'entre eux, il existait un ulcère chronique associé.

- Quant aux lésions aigues, la douleur est en général atypique.

En conclusion, seule l'existence d'un syndrome ulcéreux typique a une bonne valeur d'orientation diagnostique.

SYNDROMES DOULOUREUX	VARICES	ULCERE GASTRIQUE	ULCERE BULBAIRE	ULCERE RECIDIVANT P.O.	LESIONS AIGUES	CRYPTO-GENETIQUES	LESIONS DIVERSES	TOTAL
ULCEREUX TYPIQUE		5 16,1%	19 43,2%		2 3,9%			26
ULCEREUX ATYPIQUE		9 29%	13 29,5%	1	10 19,6%	4 5,9%		37
AUTRE	5 8,5%	10 32,3%	9 20,5%	1	17 33,3%	22 32,3%	13 39,3%	77
Absence	54 90%	7 22,6%	3 6,8%	1	22 43,2%	42 61,8%	20 60,7%	149
Non Précisé	1							

SYNDROMES DOULOUREUX ET LESIONS

.../...

C) L'INTOXICATION ETHYLIQUE :

L'importance de l'éthylisme parmi nos malades est notable, 64 % d'entre eux avouent boire plus d'un litre de vin par jour, et 27,3 % plus de deux litres. Cette dernière quantité est retrouvée par BIGARD (19) chez 21 % des 900 malades hospitalisés pour HDH.

- Les sujets porteurs de varices oesogastriques sont au premier rang, dans 75 % des cas, la boisson est supérieure à 200 centilitres par jour.

- Mais l'intoxication existe chez tous les autres malades, 50 % des ulcéreux avouent plus d'un litre (BIGARD (19) 25 % ; F. MARTIN (190) 29 %) et 60 % des sujets présentant des lésions aigues déclarent une quantité analogue (BIGARD (19) 38 %).

L'alcool, d'ailleurs, peut par lui-même créer des lésions aigues. Certains auteurs ont gastroscopé des malades après ingestion massive d'alcool, et ont constaté des modifications de la muqueuse très caractéristiques d'une gastrite hémorragique ou érosive (SUGAWA (264).

INTOXICATION / LESION	VARICE	ULCERE GASTRIQUE	ULCERE BULBAIRE	LESION AIGUE	CRYPTO-GENETIQUE	DIVERS	TOTAL
< 1 L.	7 14,5%	15 50%	16 37,3%	20 40%	27 42,9%	9 40,9%	96 36%
1 et 2 L.	5 10,4%	13 43,3%	23 53,4%	20 40%	22 34,9%	8 36,4%	98 36,7%
2 et 3 L.	26 54,1%	2 6,7%	4 9,3%	9 20%	14 22,2%	5 22,7%	62 23,2%
> 3 L.	10 20,8%			1			11 4,1%
Non précisé		1			2	1	4

ETHYLISME ET LESIONS

.../...

D) L'EXAMEN CLINIQUE :

Il peut dans quelques cas bien particuliers avoir une bonne valeur d'orientation (Angiome cutané, masse épigastrique, adénopathie, élastorrhexie).

Il recherche une circulation collatérale, une hépatomégalie isolée ou associée à une splénomégalie, des signes de décompensation cirrhotique (ictère - ascite - encéphalopathie). Ces deux derniers éléments d'orientation sont notés dans le tableau ci-dessous.

Lésion hémorragique	Varice	Ulcère gastrique	Ulcère bulbaire	Lésions aigues	Divers	Crypto-
Hépatomégalie isolée > 2 TD	16 26,7%	8 25,8%	9 20,4%	16 31,4%	15 41,7%	24 35,3%
compensée	5	1		1		1
CIRRHOSE	56,6%	6,5%	2,3%	7,8%		11,7%
décompensée	29	1	1	3		7

On peut souligner plusieurs points,

- les hémorragies par rupture de varices oesogastriques ne surviennent que dans 56,6 % de nos cas, chez des cirrhoses connues ou décompensées, (BIGARD (19) 42 %)

- les cirrhoses peuvent saigner par des lésions différentes de la rupture variqueuse.

- l'existence enfin d'une hépatomégalie isolée est trop fréquente pour avoir une valeur d'orientation.

.../...

E) LA BIOLOGIE :

Elle peut être utile si elle révèle un trouble de la crase sanguine.

Outre le contrôle des plaquettes, du thromboélastogramme, du fibrinogène, nous nous sommes surtout intéressés à la mesure du taux de prothrombine. Nous avons éliminé de cette étude les malades sous traitement anticoagulant et ceux qui présentaient une maladie hématologique.

L'analyse des résultats de cet examen permet les constations suivantes :

- en cas de rupture de varices oesogastriques, le taux de prothrombine peut être normal (23,3 % de nos cas),
- il n'est franchement pathologique (inférieur à 50 %) que dans 35 % des ruptures variqueuses (BIGARD (19) 36 %),
- il peut être pathologique dans d'autres lésions hémorragiques, en particulier lorsqu'elles surviennent chez des cirrhotiques,
- enfin, même pathologique, il affirme l'insuffisance hépatique mais sans préjuger de la lésion responsable de l'hémorragie.

Taux de Prothrombine / Lésion	Varice	Ulcère gastrique	Ulcère bulbaire	Lésions aigues	Crypto.	Lésions Diverses	Total
Normal	14 23,3%	24 77,4%	40 90,9%	37 72,5%	50 73,5%	31 86,1%	196 67,6%
Entre 70 et 50 %	25 41,7%	4 12,9%	2 4,5%	8 15,7%	6 8,8%	3 8,3%	48 16,5%
Entre 50 et 30 %	14 23,3%	2 6,5%		2 3,9%	6 8,8%	1 2,7%	25 8,6%
< 30 %	7 11,7%		1 2,3%	2 3,9%	4 5,9%		14 4,8%
Non précisé		1	1	2	2	1	7 2,3%

TAUX DE PROTHROMBINE ET LESIONS

En CONCLUSION :

Ces éléments de présomptions cliniques et biologiques sont utiles, mais leur apport diagnostic reste faible et approximatif. Ce fait a été confirmé par PALMER (223). Cet auteur, sur 1006 lésions prévisibles, s'est aperçu que l'hémorragie était dûe à une autre cause dans 40 % des cas.

SECOND CHAPITRE

L E S C I R C O N S T A N C E S E T I O L O G I Q U E S

Dans ce chapitre, nous avons essentiellement étudié l'incidence de certains facteurs étiologiques, notamment celle du sexe, de l'âge, du groupe sanguin, des facteurs médicamenteux et des facteurs climatiques.

I - INCIDENCE DU SEXE

Notre étude comprend :

- 210 hommes (80,1 %)
- 52 femmes (19,9 %)

La prépondérance masculine est nette.

Si l'on étudie la fréquence des lésions selon le sexe, on constate que :

- l'ulcère gastro-duodénal, les ruptures de varices oesogastriques et les lésions aigues sont les trois étiologies principales, aussi bien chez l'homme que chez la femme,
- l'ulcère duodénal est chez l'homme deux fois plus fréquent (39 cas) que l'ulcère gastrique (22 cas). Cette situation est inversée chez la femme, l'ulcère gastrique est observé deux fois plus souvent (9 cas) que l'ulcère duodénal (4 cas).
- les hernies hiatales hémorragiques ont toutes été rencontrées chez l'homme.

.../...

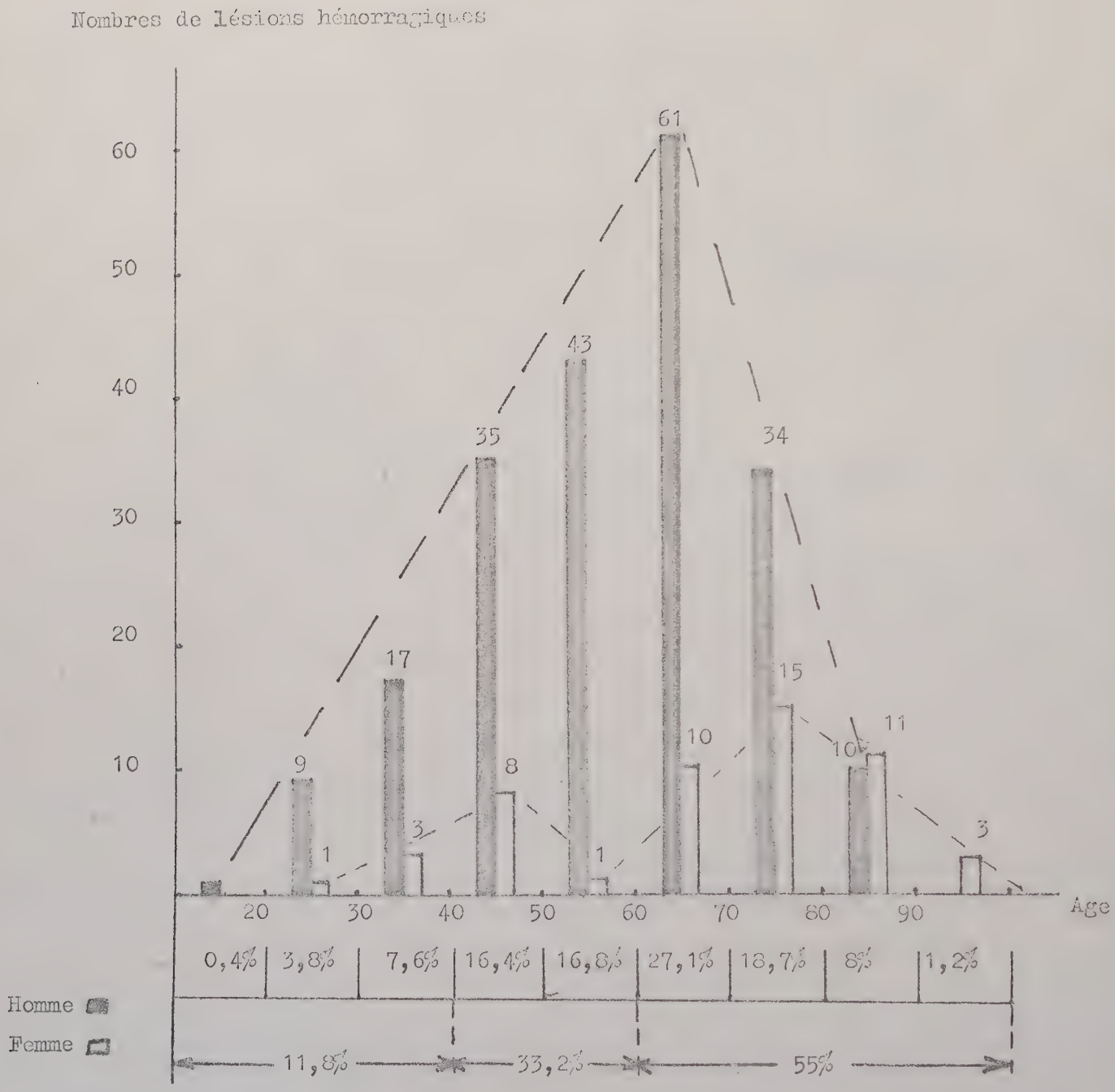


Figure 1 - REPARTITION DES HEMORRAGIES SELON L'AGE et le SEXE

		OESOPHAGE			ULCERES HEMORRAGIQUES		LESIONS AIGUES			
SEXE / Lésion Responsable		Varices	Hernie hiatale hémorragique	Mallory Weiss	Gastrique	Duodénal	Ulcérations aigues	Gastro-duodénites hémorragiques	Divers	Crypto-génétique
Homme	Nb	40	12	2	22	39	12	23(3)	16	44(3)
	%	18,5%	5,6 %	0,8%	(28,3 %)		(17,5 %)		7,4%	21,8%
Femmes	Nb	8			8(1)	4	7	5	4	16(2)
	%	14,5%			(23,7 %)		(21,8 %)		7,3%	32,7%

Nous avons inclus les 9 récidives hémorragiques par une lésion différente lors de la II^{e} hospitalisation = ( )

SEXE et LESIONS

II - INCIDENCE DE L'AGE

- Nos hémorragies s'observent avec prédilection chez le sujet âgé : 71,8 % des malades ont plus de 50 ans et 55 % plus de 60 ans.

- Elles sont volontiers plus tardives chez la femme que chez l'homme ; en effet, on note un pic optimal chez l'homme vers la soixantaine, alors que ce pic survient chez la femme vers 70 ans (cf. fig. 1).

- Si nous étudions l'incidence de l'âge selon les lésions, on peut constater que l'ulcère duodénal s'observe chez le sujet jeune, avant la soixantaine; alors que l'ulcère gastrique se voit préférentiellement chez le sujet plus âgé, après 60 ans (fait statistiquement significatif $P<0,001$).

Le risque hémorragique est noté dans la majorité des autres lésions autour de la soixantaine.

.../...

	OESOPHAGE			ULCERES HEMORRAGIQUES		LESIONS AIGUES			
Lésion Responsable / AGE	Varices	Hernie hiatale hémorragique	Mallory Weiss	Ulcère Gastrique	Duodénal	Ulcérations Aigues	Gastro-duodénites aigues	Divers	Crypto
<40 ans	4 8,4%		1	4 13%	8 18,6%	2 10,5%	4 12,9%	1 5%	7 10,8%
40-60 ans	19 39,6%	5 41,7%		6 11,4%	19 44,2%	1 5,3%	9 29%	6 30%	23 35,4%
60-80 ans	25 52 %	5 41,7%	1	16 61,6%	14 32,7%	15 78,9%	15 48,4%	13 65%	22 33,8%
>80 ans		2 16,7%		5 16 %	2 4,5%	1 5,3%	3 9,7%		13 20%

(9 Récidives hémorragiques par lésions différentes sont incluses)

AGE et LESIONS

Nos conclusions concernant l'âge et le sexe sont identiques à celles de BIGARD (19) portant sur 900 hémorragies digestives hautes :

- large prédominance masculine (BIGARD, 3 hommes pour une femme),
- risque hémorragique important après la cinquantaine (BIGARD, 65,5 % des malades ont plus de 50 ans),
- parmi les lésions responsables :
  . les ruptures de varices oesogastriques s'observent aussi bien chez l'homme que chez la femme,
  . l'ulcère bulbaire survient surtout chez l'homme jeune, alors que l'ulcère gastrique est plus volontiers mis en évidence chez la femme après la soixantaine (F. MARTIN (190), sur 500 hémorragies ulcéreuses, arrivait aux deux mêmes conclusions).

Il nous faut souligner que toutes nos hernies hiatales hémorragiques ont été observées chez l'homme.

.../...

III - INCIDENCE DU GROUPE SANGUIN ET DU FACTEUR RHESUS

A) LE GROUPE SANGUIN :

Nous nous servirons comme référence d'une étude effectuée par SUGNOT (266) sur 5729 Donneurs de Sang en Côte d'Or.

La répartition des groupes sanguins parmi nos malades diffère légèrement de celle de la population bourguignonne, mais de façon non significative.

		O	A	B	AB	Total
SUGNOT	Nb	2460	2577	475	217	5729
	%	42,94 %	44,98 %	8,29 %	3,79 %	
NOTRE SERIE	Nb	119	114	21	8	262
	%	45,4 %	43,5 %	7,7 %	3,1 %	

L'étude de la répartition des groupes sanguins selon les lésions permet de constater que les varices oesophagiennes s'observent préférentiellement chez les sujets du groupe A (50 % des cas), que l'ulcère gastrique se retrouve plus fréquemment chez les sujets du groupe A (48,4 % des cas), et que l'ulcère duodénal se note surtout chez les sujets du groupe O (53,5 % des cas). Pourtant, il n'existe aucune différence statistiquement significative au test de X2, malgré un pourcentage plus élevé des malades du groupe O dans les ulcères duodénaux.

.../...

Lésion / Groupe		Varice	Hernie hiatale hemorragique	Ulcère gastrique	Ulcère bulbaire	Lésions aigues	Divers	Cryptogénétique
A	Nb	24	4	15	17	22	10	26
	%	50 %	33 %	48,4 %	39,5 %	44 %	45,5 %	40 %
B	Nb	4		3	3	6	1	4
	%	8,3 %		9,7 %	7 %	12 %	4,5 %	6,1 %
AB	Nb	3		1		2		2
	%	6,3 %		3,2 %		4 %		3,1 %
O	Nb	17	8	12	23	20	11	33
	%	35,4 %	66,7 %	38,7 %	53,5 %	40 %	50 %	50,8 %

(9 récidives hémorragiques incluses)

GROUPES SANGUINS ET LESIONS

B) LE FACTEUR RHESUS :

La répartition du facteur rhésus parmi notre groupe de malades ne diffère pas de façon statistiquement significative de celle de la population bourguignonne (série de SUGNOT (266).

RHESUS	+	-
SUGNOT	4690 81,86 %	1039 18,1 %
NOTRE SERIE	226 86,3 %	36 13,7 %

.../...

Il n'existe pas non plus de différence significative de la répartition du facteur rhésus parmi les diverses lésions hémorragiques.

Lésion / Rhésus	Varices	Hernie hiatale hémorragique	Ulcère gastrique	Ulcère Bulbaire	Lésions aigues	Divers	Cryptogénétique
+	44 91,7 %	10 83,3 %	26 83,9 %	35 81,4 %	41 82 %	20 90,9%	56 86,1 %
-	4 8,3 %	2 16,7 %	5 16,1 %	8 18,6 %	9 18 %	2 9,1%	9 13,9 %

(9 récidives hémorragiques incluses)

FACTEUR RHESUS ET LESIONS

En conclusion : sur cette courte série, on ne peut mettre en évidence l'incidence du groupe sanguin et du facteur rhésus dans nos différentes affections digestives hémorragiques, mais on peut toutefois noter un pourcentage plus élevé du groupe O dans les ulcères duodénaux. L'intérêt résiderait dans la possibilité de mettre en évidence une "susceptibilité héréditaire de certains individus à certaines maladies" FEINGOLD (98).

IV - INCIDENCE MEDICAMENTEUSE

Depuis la première observation d'hémorragie sous acide acétylsalicylique (DOUTWAITHE 1938), l'incidence médicamenteuse dans le déclenchement des hémorragies digestives s'est vue confirmée par de très nombreuses publications. La liste des produits mis en cause, est importante et non définitive.

Il est maintenant bien établi que les médications incriminées peuvent créer des lésions aigues rapidement régressives, mais peuvent

.../...

AUTEURS	Nombre d'hémorragies	% Médicament	SALICYLES
BIGARD (19)	900	34,4 %	66,7 %
BODIN (26)	118	33,9 %	72,5 %
BRES (34)	100	63 %	84 %
CAMATTE (39)	80		90 %
FOURNET (103)	161	23,2 %	52,9 %
GUILLAUME (118)	72	34,2 %	62,5 %
GASTARD (108)	130	26 %	57 %
HALPHEN (121)	230	30 %	
HUGIER (141)	125	9 %	
KLEPPING (154)	202	61 %	83 %
LIGUORY (180)	593	42,3 %	
MILAZZO (195)	178	16,8 %	70 %
PERREAU (229)	202	20 %	72,5 %
NOTRE SERIE	290	51 %	80,9 %

MEDICAMENTS ET HEMORRAGIES DIGESTIVES HAUTES

Tableau n° 6

également favoriser l'hémorragie d'une lésion préexistante. "L'origine médicamenteuse d'une hémorragie ne saurait dispenser, bien au contraire, d'une enquête étiologique poussée, à la recherche de cette lésion latente" (LEVRAT - LAMBERT - KLEPPING (175). L'interrogatoire, à la recherche d'une prise médicamenteuse, devra être minutieux et rigoureux, véritablement policier. Celle-ci est considérée comme responsable, lorsqu'elle s'est effectuée dans les 48 heures précédant l'hémorragie.

- L'importance du facteur médicamenteux dans la littérature est diversement appréciée : de 9 à 42 %, sur onze publications différentes (V. Tabl. 6). Une fréquence plus grande des hémorragies d'origine médicamenteuse est notée à trois reprises à partir de dossiers d'un même service : 63 % dans l'étude de BRES (34) portant sur 100 cas, 61 % dans celle de KLEPPING (154) concernant 202 hémorragies digestives hautes, et 51 % dans notre étude. Cette différence de pourcentage tient sans doute à la rigueur de l'enquête étiologique. Il est vraisemblable que dans un certain nombre d'observations, ce facteur toxique passe inaperçu du fait de l'oubli du malade ou de l'insuffisance de l'interrogatoire. PALIARD (221) a bien mis ce fait en évidence, en pratiquant systématiquement des salicylémies chez tout hospitalisé pour hémorragie digestive. Le pourcentage d'hémorragies d'origine médicamenteuse passa de 48 à 68,3 %. En effet, dans 25 cas sur 123 malades (soit 20,3 %) la salicylémie était élevée, alors que le sujet niait formellement toute prise médicamenteuse.

- Notre série comprend 152 hémorragies liées à une prise médicamenteuse gastrotoxique (51 %).

- Le temps de latence entre la prise du produit toxique et le saignement est généralement court : 123 malades (80,9 %) l'évaluaient à moins de 24 heures, 21 malades (13,8 %) entre 24 et 48 heures, enfin dans 5 cas, l'absorption médicamenteuse remontait à une soixantaine d'heures, mais il s'agissait de meloenas modérés et la clinique et le diagnostic final incitaient à incriminer le médicament.

.../...

- Si l'on étudie les lésions diagnostiquées, on note que le médicament a révélé 75 lésions préexistantes, qu'il a crée 41 lésions aigues, et que dans 36 cas, l'hémorragie est restée cryptogénétique, malgré un bilan radiologique parfois associé à un bilan endoscopique différé pour 29 malades.

Même en admettant que ce dernier groupe d'hémorragies comprend une majorité de lésions aigues, on constate dans notre étude, que chez tout malade qui saigne après absorption d'un produit réputé gastro-toxique, on a autant de chance de trouver une lésion préexistante qu'une lésion aigue imputable à la médication. Déjà KLEPPING (154) notait sur 45 H.D.H. d'origine médicamenteuse, la présence d'une lésion préexistante dans 60 % des cas. Un pourcentage analogue a été signalé par FOURNET (103) : 58,3 %.

Lésion responsable	Varices	Hernie hiatale hémorragique	Mallory Weiss	Ulcère gastrique	Ulcère bulbaire	Lésions aigues	Divers	Crypto-génétique	Total
Nombre d'hémorragie médicamenteuse	18	6	2	16	24	41	9	36	152
Pourcentage d'hémorragie globale	30%	50%		51,6%	54,5%	80,4%	45%	52,9%	

ETIOLOGIES DES HEMORRAGIES D'ORIGINE MEDICAMENTEUSE

.../...

Les divers médicaments agressifs rencontrés sont les suivants .

A) L'ACIDE ACETYL SALICYLIQUE (AAS) :

C'est le médicament le plus souvent incriminé (80,9 % de nos cas), soit pris isolement, soit pris en association avec une autre drogue agressive pour la muqueuse digestive. BRES (34) et KLEPPING (154) l'avaient déjà mis en cause respectivement dans 84 et 83 % des cas. Dans la littérature (V. Tabl. 6), son incidence paraît légèrement inférieure, de 50 à 80 %, sauf pour CAMATTE (39) 90 %. Son importance varie en fonction du recrutement du service et selon la rigueur de l'enquête étiologique.

Pris isolement, nous l'avons reconnu responsable de l'hémorragie dans 103 cas, et pris en association dans 20 cas.

Pour mettre en évidence ses caractères, nous n'étudierons que les salicylés pris isolement.

1) Son mode d'absorption : sur 73 cas connus, nous relevons dans 20 cas, une prise du comprimé entier ; dans 33 cas, une prise du comprimé dilué ; dans 12 cas, une ingestion sous forme tamponnée et dans 8 cas, une absorption sous forme soluble.

Les salicylés, ingérés sous forme de comprimés entiers, sont retrouvés moins fréquemment qu'auparavant. Le public mieux averti de la toxicité locale de l'AAS, prend sans doute plus de précautions.

Les autres modes d'absorption, pourtant réputés moins agressifs se retrouvent néanmoins dans 53 cas. La prise diluée du comprimé ou les multiples formes améliorées, n'ont donc pas supprimé sa gastrotoxicité. LEONARDS (171) étudie l'importance de la perte sanguine occulte, après absorption d'AAS sous diverses formes, chez des sujets volontaires. Il constate que le saignement est constamment augmenté après l'administration du salicylé et quelle que soit sa présentation.

.../...

	Varice	Hernie hiatale hémorragique	Mallory Weiss	Ulcère gastrique	Ulcère bulbaire	Ulcération aigue	Gastro-duodénite	Divers	Crypto	Total
AAS	13 / 1	4 /	2 /	9 / 3	18 / 2	10 / 3	16 / 3	5 / 2	26 / 6	103 / 20
Corticoïde	1 /	/	/	/	/ 2	/ 1	1 /	/	1 /	3 / 3
Indo-méthacine	/	/	/	/ 2	/	1 / 2	/ 1	/ 1	/ 1	1 / 7
Phényl-butazone	/	/	/	1 /	2 /	1 / 1	1 / 1	/	/ 1	5 / 3
Acide niflumique	/	/	/	/	/	/	/	/	/ 1	/ 1
Autre anti-inflammatoire	1 / 1	/	/	1 / 1	/	/ 1	1 /	/ 1	/ 2	3 / 6
Reserpine	/	/	/	1 /	/ 1	/ 1	/ 1	1 /	/	2 / 3
Anti-Vitamine K	1 /	1 /	/	1 /	1 / 1	1 /	/ 1	1 /	2 / 4	8 / 6
Héparine	1 /	1 /	/	/	/	/ 1	/ 1	/	/	2 / 2

MEDICAMENTS ET LESIONS

Pris isolé
Associé

tableau n° 7

- l'AAs agit localement en créant des lésions cellulaires lors de son absorption (DAVENPORT) et aussi en altérant de façon quantitative et qualitative le mucus protecteur (MENGUY)

- il peut agir sur la crase sanguine, en allongeant le temps de saignement ou par son action anti-agregante plaquettaire.

- Enfin, sont invoqués :

. le rôle du terrain ulcéreux (LEVRAT - LAMBERT - KLEPPING (175) : ces auteurs retrouvent sur 80 hémorragies d'origine médicamenteuse, 42 malades qui présentent un ulcère certain et 23 un terrain ulcéreux,

. un terrain d'allergie médicamenteuse,

. l'action particulièrement nocive de l'alcool pris conjointement au salicylé.

2) La dose nécessaire : pour 72 malades, l'absorption totale était inférieure à 100 centigrammes, dans 19 cas, elle était comprise entre 100 et 200 centigrammes et enfin pour 12 patients seulement, elle était supérieure à 200 centigrammes.

Nous avons deux fois plus d'hémorragies avec une dose faible d'AAS (moins de deux comprimés) que pour une dose supérieure. Elle ne semble donc pas intervenir dans le déclenchement de nos hémorragies.

3) La répétition des prises : pour 68 sujets, la prise était occasionnelle et dans 35 cas, il s'agissait d'un traitement au long cours, souvent d'ailleurs chez les rhumatisants (20 malades).

Une prise épisodique ne met donc pas à l'abri d'un accident digestif, puisque nous trouvons deux fois plus d'hémorragies après absorption occasionnelle.

4) Les lésions peuvent être aigues (26 cas) ou préexister et être révélées par l'aspirine (51 malades). Dans 26 cas enfin, l'hémorragie demeura cryptogénétique. (V. Tabl. 7).

Les salicylés font aussi bien saigner des lésions préexistantes que créer des lésions aigues.

.../...

B) LES AUTRES MEDICATIONS GASTRO-TOXIQUES :

Elles sont retrouvées par l'interrogatoire chez 49 malades, mais l'acide acétyl salicylique leur était associé dans 20 cas, soit près d'une fois sur deux.

1) Les anti-coagulants occupent la seconde place :

- les anti-vitamines K furent en cause dans 14 cas (9,2 %) : pour 8 malades, le médicament était pris isolement ; et pour 6 autres patients, il était associé à un autre produit gastro-toxique (4 salicylés, 1 réserpinique, 1 anti-inflammatoire).

- l'Héparine fut incriminée dans 4 cas (2,6 %) : pour 2 malades, le traitement était isolé et pour deux autres sujets, il était associé à une autre médication (1 corticoïde, 1 phényl-butazone).

a) Les lésions mises en évidence (V. Tabl. 7) :

= L'étude des hémorragies survenues sous anti-coagulants, sans autre association, a permis les constatations suivantes :

. 6 lésions sous-jacentes ont été découvertes,

. 1 patient est mort d'hypo-coagulabilité sanguine. Il s'agissait d'une hépatite virale chez un insuffisant cardio-respiratoire anti-coagulé,

. 2 fois la cause de l'hémorragie est restée méconnue, mais les bilans ont été incomplets,

. enfin, un malade ulcéreux connu présentait à l'endoscopie un ulcère chronique de la grande courbure et deux ulcérations d'aspect aigu situées dans la région prépylorique ; ces dernières étaient vraisemblablement responsables du saignement.

= Dans huit cas, l'hémorragie est apparue chez des malades anti-coagulés mais qui avaient absorbé une autre drogue gastro-toxique. Le bilan a révélé l'existence d'un ulcère duodénal, de trois lésions aigues et pour quatre malades l'hémorragie est restée cryptogénétique.

On peut donc estimer que : les hémorragies survenues chez des malades soumis à un traitement anti-coagulant, surtout lorsqu'il n'existe pas d'association médicamenteuse, sont fréquemment dûes à l'existence d'une lésion digestive. BIGARD (19) signale que 40 hémor-

.../...

ragies survenues sous anti-vitamines K ont toutes fait découvrir une lésion.

D'autres auteurs considèrent l'ensemble des hémorragies digestives apparues sous anti-coagulants : HEBERT (133) chez 70 malades constate 67 % de lésions digestives ; DEBRAY (66) sur 216 cas de la littérature, en signale 53 % ; un pourcentage analogue est noté par LABAYLE et BODIN (157) sur 40 cas, 50 %.

b) Considérons la coagulation :

. dans 11 cas, l'hypo-coagulabilité était insuffisante pour un traitement anti-coagulant efficace (Howell compris entre 1 et 2 fois le témoin, Taux de Prothrombine supérieur à 40 %) ; 7 malades présentaient une lésion digestive,

. dans 7 cas, l'hypo-coagulabilité était satisfaisante ; aucun malade ne présentait de lésion.

LABAYLE et BODIN (157) ont fait la même constatation. En cas d'hypo-coagulabilité insuffisante, ils ont mis en évidence 9 lésions chez 15 patients, et en cas d'hypo-coagulabilité satisfaisante, n'ont décélé que 10 lésions chez 24 sujets.

DEBRAY (66) a pu écrire que "plus le taux d'hypo-coagulabilité est modéré, et plus on doit suspecter une lésion sous jacente".

c) Des antécédents digestifs existaient chez trois malades porteurs d'une lésion. Il s'agissait de deux ulcères et d'une hernie hiatale ; mais dans quatre cas, l'épisode hémorragique révéla la lésion. DEBRAY (66) a conclu, après analyse de 137 hémorragies digestives sous anti-coagulants, que dans 2/3 des cas, celles-ci étaient révélatrices d'une affection digestive.

Les hémorragies sous anti-coagulants sont volontiers révélatrices d'une lésion digestive.

d) L'ancienneté du traitement est variable : 4 malades étaient soumis à l'héparine depuis moins d'un mois. Quant aux anti-vitamines K,

.../...

la durée était beaucoup plus longue : un seul malade était traité depuis moins de trois mois, deux autres depuis plus de 90 jours et dans onze cas, cette thérapeutique était instituée depuis plus d'un an. Pourtant, dans ce dernier groupe, trois lésions ont été mises en évidence lors du bilan.

Une hémorragie digestive révélatrice d'une lésion digestive préexistante peut survenir après plusieurs mois d'un traitement par les anti-vitamines K.

e) Les lésions révélées par les anti-coagulants sont variées : varices oesophagiennes (2), ulcères gastro-duodénaux (3), hernies hiatales (2). (V. Tabl. 7).

2) Les corticoïdes :

- Trois fois, ces médicaments ont été pris isolement. Le bilan a mis en évidence une varice oesophagienne et une duodénite hémorragique, et la dernière hémorragie est demeurée inexpliquée car le malade est rapidement décédé en insuffisance respiratoire aigue.

Dans trois autres cas, ils étaient associés à un autre produit (2 AAs, 1 Héparine) : trois ulcères duodénaux (2 chroniques, 1 aigu) furent découverts.

Sur cette courte série, on ne peut vérifier l'action ulcérigène de la corticothérapie.

- Chez tous nos malades, le mode d'absorption a été oral. Il n'est cependant pas exclusif puisque FRICKER (105) dans sa thèse, signale des cas d'hémorragies publiées après applications locales ou intra-articulaires de corticoïdes.

- La dose a été variable : trois patients recevaient 15 milligrammes, deux malades prenaient entre 15 et 25 milligrammes, et un seul sujet avait plus de 25 milligrammes.

Elle ne parait donc pas intervenir. (GASTARD LEVERGER (108).

.../...

- La durée du traitement est variable : dans trois cas, celui-ci était institué depuis un mois et plus.

3) Les autres anti-inflammatoires :

a) La Phényl-Butazone : dans 5 cas, ce médicament a été pris isolément et trois fois en association avec une autre drogue gastro-toxique (1 AAS, 1 réserpinique, 1 héparine).

- La voie d'introduction a été variable : orale pour 6 malades, rectale pour un patient, et parentérale dans le dernier cas.

- La posologie était pour 4 malades supérieure à 500 milligrammes, et pour les 4 autres patients comprise entre 200 et 500 milligrammes. Cette dose parait relativement importante.

- Le traitement était poursuivi dans 7 cas depuis plus de dix jours. Un seul malade recevait cette médication depuis moins d'une semaine.

b) L'Indométhacine n'a été mis en cause qu'une fois pris isolément. Dans 7 cas, il était associé à une autre médication (6 AAS, une triple association avec AAs et acide niflumique).

c) L'Acide niflumique n'est trouvé responsable qu'une fois et en association avec un salicylé et l'indométhacine.

d) Nous avons incriminé d'autres molécules anti-inflammatoires (Ibuprofen, Acide méthiazinique, Acide flufenamique...). Pour trois malades, le produit était pris isolément et chez six patients on le retrouvait associé à une autre médication (5 AAS, 1 anti-vitamine K).

.../...

	AAS	Corticoïde	Indométhacine	Phényl-butazone	Acide Niflumique	Autre anti-inflammatoire	Reserpine	Anti vitamine K	Heparine	Total
AAS	103	2	7	1	1	5	1	4		123 (1)
Corticoïde	2	3							1	6
Indométhacine	7		1		1					8 (1)
Phenyl-butazone	1			5			1		1	8
Acide Niflumique	1		1							1 (1)
Autre anti-inflammatoire	5					3		1		9
Reserpine	1			1			2	1		5
Anti-vitamine K	4					1	1	8		14
Héparine		1		1					2	4
% hémorragie médicamenteuse	80,9%	3,9%	5,9%	5,3%	1,3%	5,9%	3,3%	9,2%	2,6%	

LES ASSOCIATIONS MEDICAMENTEUSES

Tableau n° 8

( ) = Triple association

Nous pensons avec BODIN (26) qu'"il semble illusoire qu'un médicament anti-inflammatoire puisse respecter la muqueuse gastrique. L'effet anti-inflammatoire est étroitement lié à l'effet ulcérigène et ne peut en être dissocié."

Les lésions mises en évidence avec ces thérapeutiques anti-inflammatoires (V. Tabl. 7) comprennent deux varices oesophagiennes, 5 ulcères gastriques, 2 ulcères bulbaires, 10 lésions aigues et 2 lésions diverses. Enfin, dans 5 cas, l'hémorragie resta inexpliquée.

4) Les reserpiniques :

Ils ont été mis en cause dans deux cas pris isolement, et pour trois malades pris en association à un autre médicament (1 AAS, 1 Phényl-Butazone, 1 Anti-vitamine K). Le bilan chez ces patients a mis en évidence, un ulcère gastrique, un ulcère bulbaire, deux lésions aigues et une lésion diverse.

Ce médicament entre fréquemment dans la composition de nombreuses médications anti-hypertensives. Il faut donc savoir les rechercher.

C) LES ASSOCIATIONS MEDICAMENTEUSES (V. Tabl. 8) :

Dans 24 cas, l'association était double, dans un cas, elle était triple (AAS - Indocid - Nifluril).

On doit souligner que seulement cinq fois l'aspirine n'était pas incriminé. Il s'agit des associations suivantes : corticoïde-héparine, reserpine-phényl-butazone, phényl-butazone-héparine, anti-inflammatoire-anti-vitamine K, reserpine-antivitamine K. On constate que les anti-coagulants sont en cause pour 4 malades. Ils potentialisèrent certainement l'action de la médication gastro-toxique.

.../...

En conclusion :

- Nos 152 hémorragies digestives d'origine médicamenteuse nous permettent à nouveau de souligner l'importance des médications gastro-toxiques : une hémorragie sur deux est liée à une prise médicamenteuse dans les 24-48 heures précédentes.

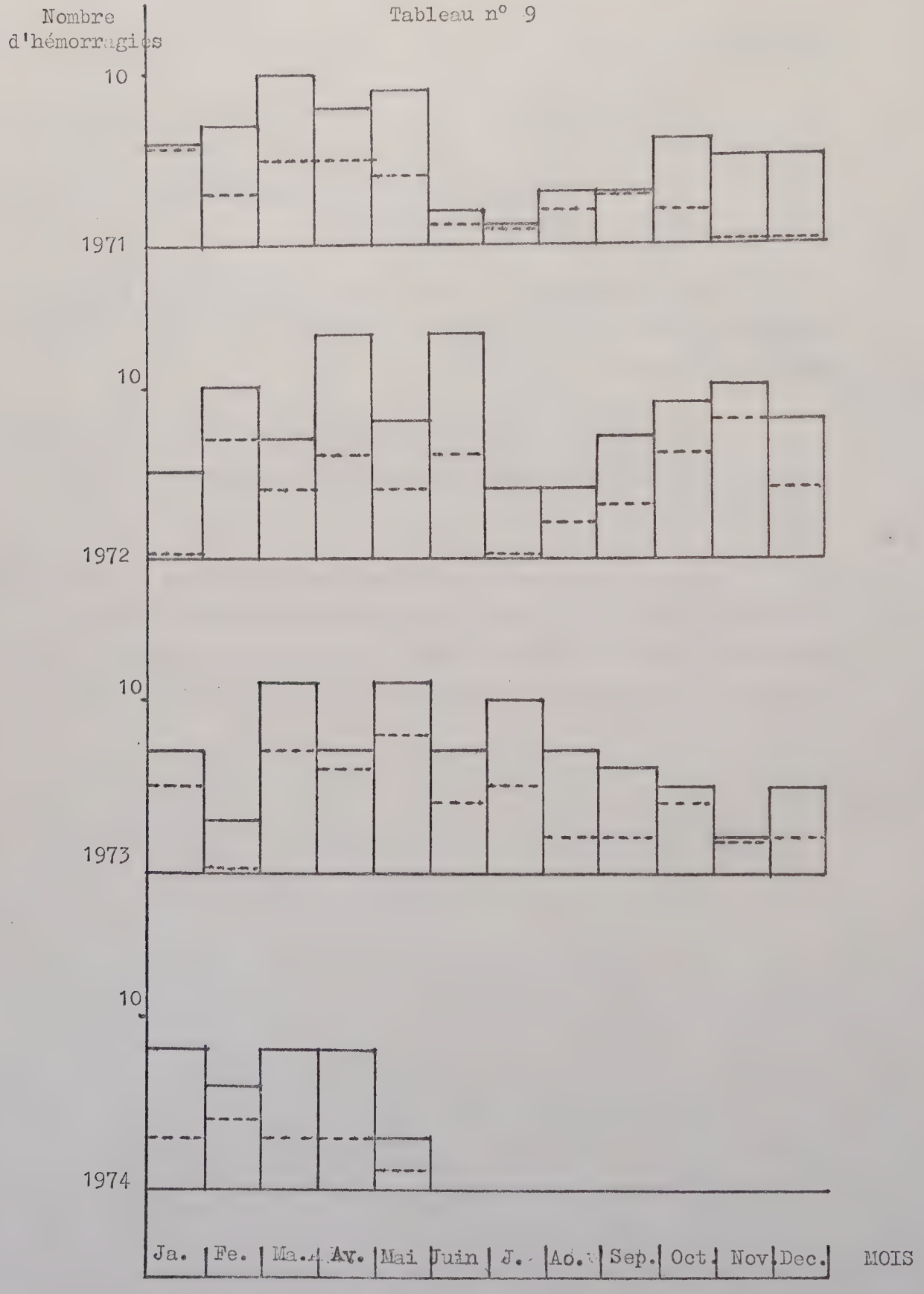
- Nous retrouvons la place primordiale de l'acide acétylsalicylique pris isolement (103 cas) ou associé à une autre médication réputée gastro-toxique (20 cas).

- Ces produits peuvent créer des lésions aigues ou révéler des lésions préexistantes : une fois sur deux nous retrouvons une lésion sous jacente.

- Enfin, soulignons les précautions nécessaires à prendre dans la prescription de ces drogues, voire même leur suppression, en particulier chez l'ulcéreux, le gastritique ou le cirrhotique d'autant qu'un certain nombre de ces hémorragies a eu une évolution grave.

REPARTITION DES HEMORRAGIES PAR MOIS ET ANNEES

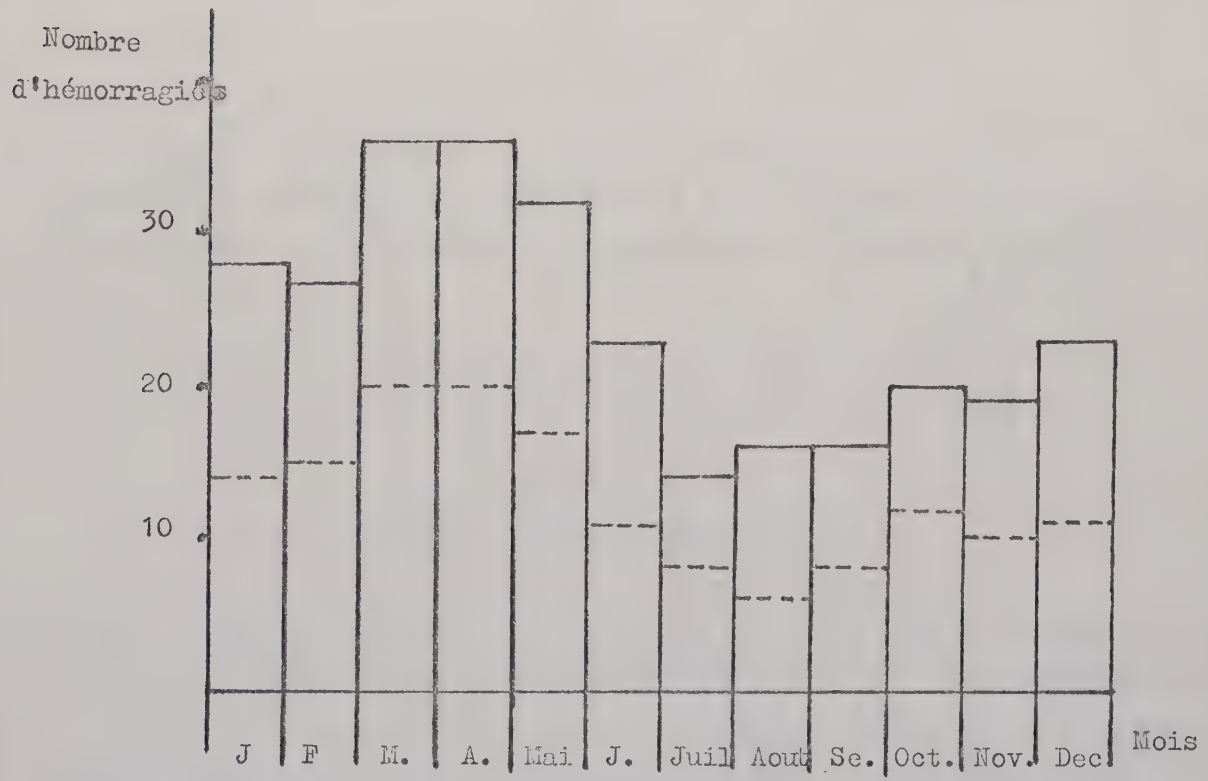
Tableau n° 9



V - INCIDENCE DES FACTEURS CLIMATIQUES

A) REPARTITION DE NOS HEMORRAGIES DANS L'ANNEE :

Elles surviennent avec prédilection durant le premier semestre, et présentent un sommet en Mars - Avril, alors qu'elles ne sont que peu constatées en période estivale (Juillet - Août - Septembre).



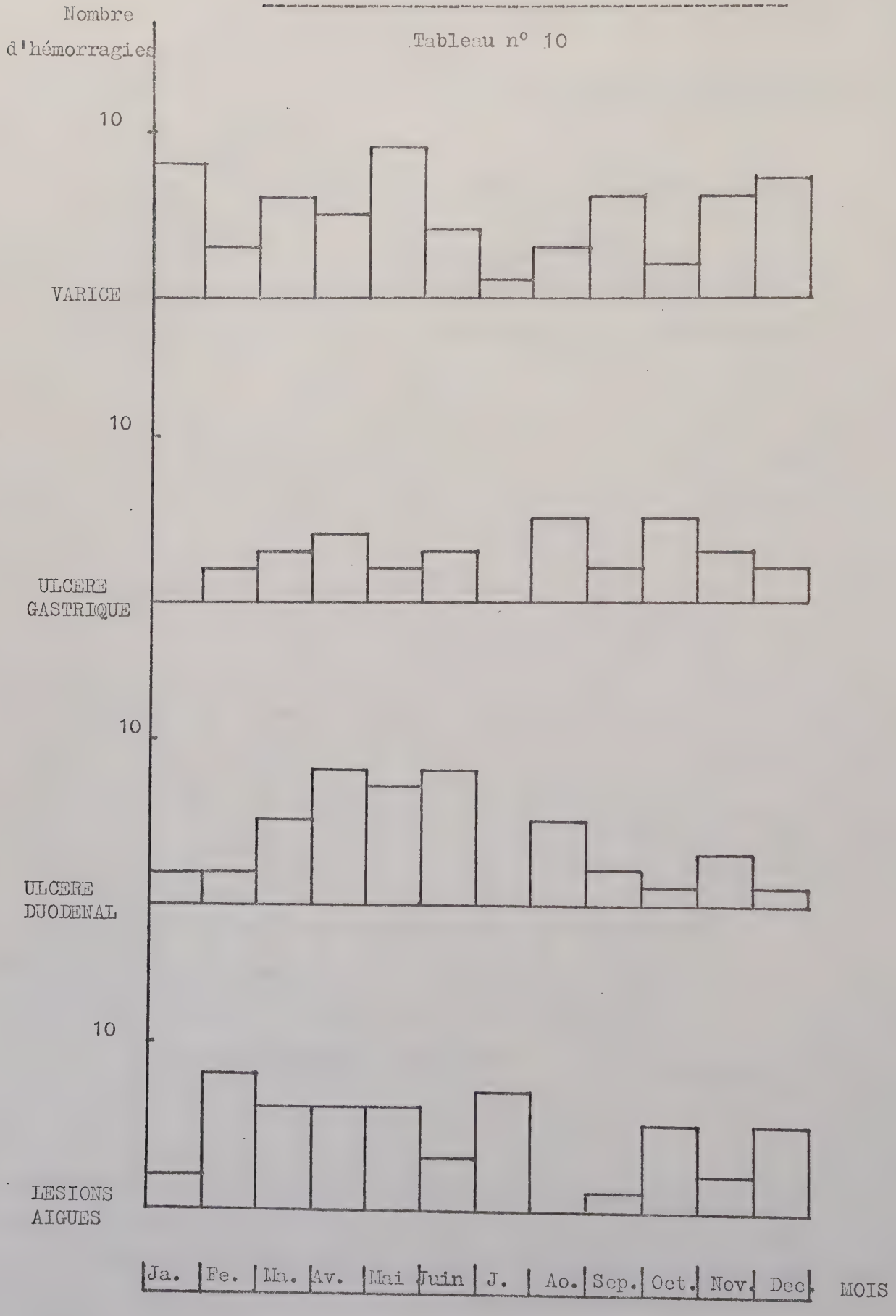
REPARTITION DES HEMORRAGIES

Leur répartition selon les années étudiées (V. Tabl. 9) montre que la situation privilégiée des premiers mois de l'année se retrouve, mais décalées vers les mois d'été (en particulier pour 1973).

.../...

REPARTITION DES HEMORRAGIES SELON LES LESIONS

Tableau n° 10



La courbe de répartition des hémorragies d'origine médicamenteuse est strictement parallèle à celle de l'ensemble des hémorragies digestives hautes (Tableau précédent). Il en est de même pour les trois années considérées (Tabl. 9): les mois où les hémorragies prédominent, coïncident toujours avec une augmentation des saignements déclenchés par une drogue gastro-toxique. Leur recrudescence durant le premier semestre parait essentiellement liée à l'importance du facteur médicamenteux.

Considérons enfin, la répartition de nos hémorragies selon la lésion causale (V. Tabl. 10) : cette étude n'objective pas de période privilégiée pour les varices oesogastriques, les ulcères ou les lésions aigues. On peut noter une très discrète augmentation des ulcères duodénaux hémorragiques d'Avril à Juin, mais celle-ci ne peut être considérée comme significative du fait du trop petit nombre de cas. Certains auteurs ont étudié les hémorragies ulcéreuses : F. MARTIN (190) sur 500 cas, constate leurs survenues préférentielles durant la période froide, centrée par un sommet en Décembre. H. MASCHAS (193) sur 2108 cas, conclut de même, à leur fréquence plus grande de Novembre à Avril.

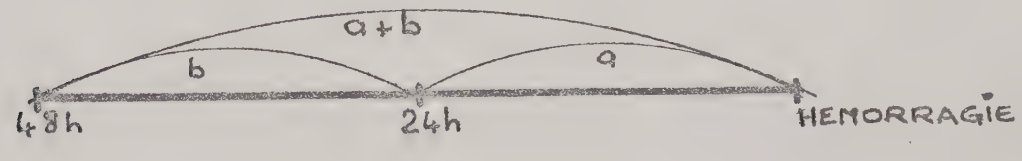
B) INFLUENCE DE CERTAINS FACTEURS METEOROLOGIQUES :

Nous nous sommes intéressés à l'étude de deux facteurs, la température ambiante et la pression barométrique car leurs variations seraient pour la majorité des auteurs, représentatives des conditions atmosphériques dans leur ensemble. Ces données climatiques nous ont été fournies par le Centre de Météorologie de DIJON-LONGVIC.

Parmi nos observations, nous avons sélectionné 240 HDH; celles où la date et l'heure d'extériorisation du saignement pouvaient être précisées, à quelques heures près. Etant donné que l'accident digestif peut n'apparaître que plusieurs heures après une perturbation atmosphérique, nous avons considéré les variations de chacun des deux facteurs au décours des 48 heures précédant l'heure de l'hémorragie.

.../...

- Pour la température, nous avons considéré qu'il y avait une petite variation, lorsqu'il y avait une différence de 2 degrès entre les températures moyennes du jour de l'hémorragie et des 24 heures précédentes (a), ou entre celles des 24 heures précédentes et des 48 heures (b), ou entre celles du jour du saignement et des 48 heures précédentes (a+b) :



- La variation a été considéré comme notable, lorsque la différence entre la température moyenne soit (a), soit (b), soit (a+b) était de 4 degrès.

- Pour la pression barométrique, de la même manière, il y avait une petite variation, lorsque la différence des pressions barométriques moyennes soit (a), soit (b), soit (a+b) était de 5 millibars, et la variation était considérée comme notable lorsque la différence des pressions barométriques moyennes soit (a), soit (b), soit (a+b) était de 8 millibars.

Nos résultats :

. 153 hémorragies sont survenues avec une variation sensible de température (2 degrès),

. 57 avec une variation notable de température de (4 degrès,)

. 148 avec une variation sensible de pression barométrique (5 millibars),

. 71 avec une variation notable de pression barométrique (8 millibars).

.../...

Nous avons alors recherché s'il existait une corrélation entre le nombre de nos hémorragies précédées d'une variation et le nombre de variations climatiques survenues au décours des trois années étudiées (De 1971 à Avril 1974).

Pour cela et pour chaque type de variation, nous avons compté durant cette période de 40 mois le nombre de groupes de 48 heures comportant la variation considérée. Nous pouvons alors calculer pour cette variation, un nombre théorique d'hémorragies possibles. En le confrontant avec le nombre de nos hémorragies précédées de la variation étudiée, et en appliquant le test d'indépendance X_2, nous pouvons conclure si celles-ci sont ou non plus fréquentes lors de cette variation climatique.

1) Influence de la variation de température :

	Nombre réel d'hémorragies	Nombre théorique d'hémorragies
Avec Variation	153	78,68
Sans Variation	87	161,52

$X_2 = 46,186$ et $p < 0,001$

Température = 2°

	Nombre réel d'hémorragies	Nombre théorique d'hémorragies
Avec Variation	57	21,40
Sans Variation	183	218,60

$X_2 = 19,32$ et $p < 0,001$

Température = 4°

Nos hémorragies sont survenues plus fréquemment lors d'une variation sensible ou notable de température (fait statistiquement significatif).

.../...

2) Influence de la variation de pression barométrique :

	Nombre réel d'hémorragies	Nombre théorique d'hémorragies
Variation	148	75,45
Sans Variation	92	164,55

$X_2 = 44,072$ et $p < 0,001$

PB = 5 MB

	Nombre réel d'hémorragies	Nombre théorique d'hémorragies
Variation	71	30,1
Sans Variation	169	209,9

$X_2 = 20,9$ et $p < 0,001$

PB = 8 MB

Nos hémorragies sont survenues plus fréquemment lors d'une variation sensible ou notable de la pression barométrique (fait statistiquement significatif).

MASCHAS (193) dans une étude portant sur 1685 hémorragies ulcéreuses a conclu que celles-ci étaient influencées par les variations brusques de la température (en particulier vers la baisse) et de la pression barométrique, et cela de façon statistiquement significative .

CONCLUSION :

- Nos hémorragies digestives surviennent avec prédilection au Printemps avec un sommet en Mars - Avril. Cette recrudescence coïncide exactement avec une augmentation du nombre des hémorragies d'origine médicamenteuse.

- Les variations de température et de pression barométrique, assez représentatives des conditions atmosphériques, paraissent influencer leur déclenchement : des études plus complètes seront nécessaires pour mieux préciser cette action.

TROISIEME CHAPITRE

E V O L U T I O N

Dans ce chapitre, nous avons étudier l'évolution immédiate de nos hémorragies digestives, puis nous avons essayé d'apprécier le devenir ultérieur des malades par l'analyse d'un questionnaire que nous leur avons adressé.

I - EVOLUTION IMMEDIATE

- Nous avons tout d'abord tenté d'évaluer la gravité de nos hémorragies.

- Puis nous avons étudier,
  - les hémorragies qui ont cédé sous traitement médical,
  - celles qui ont nécessité un geste chirurgical,
  - les malades qui ont été hospitalisés pour récidives,
  - les hémorragies mortelles,
  - l'évolution des hémorragies d'origine médicamenteuse.

A) GRAVITE DE L'HEMORRAGIE :

Evaluer la gravité d'une hémorragie est un temps capital pour la conduite thérapeutique ultérieure.

- Nous avons considéré comme importante, une hémorragie
  - dont le volume extériorisé est supérieur à 500 centimètres cubes,
  - qui s'accompagne d'une chute tensionnelle de 4 unités par rapport à la tension artérielle habituelle,
  - qui a un hématocrite inférieur à 30 %,
  - qui nécessite une quantité de sang transfusé, dans les premières 24 heures, pour maintenir une tension artérielle satisfaisante, supérieure à 1 litre.

.../...

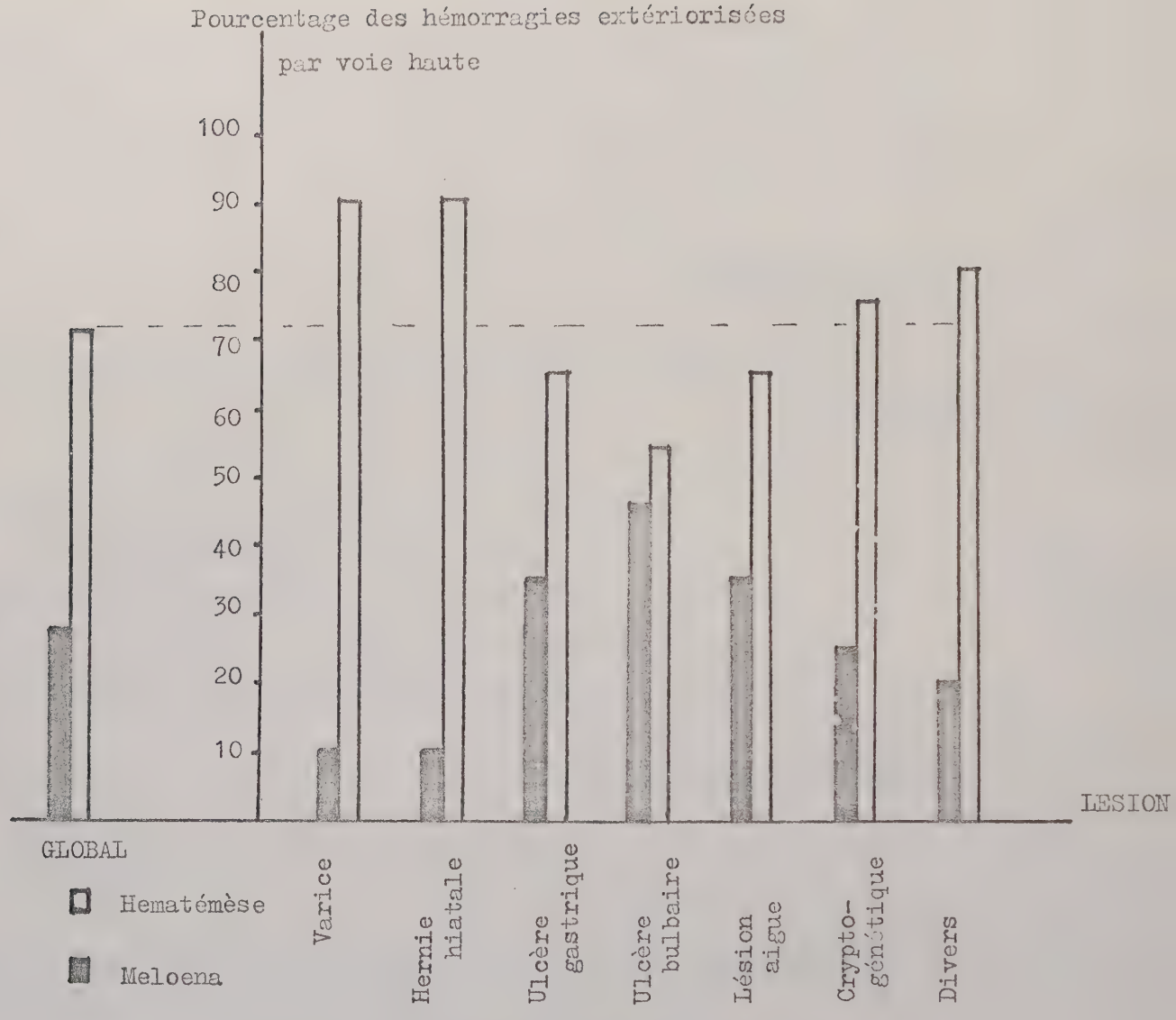

Pourcentage des hémorragies extériorisées
par voie haute
100
90
80
70
60
50
40
30
20
10
LESION
GLOBAL
Hematémèse
Meloena
Varice
Hernie hiatale
Ulcère gastrique
Ulcère bulbaire
Lésion aigue
Crypto-génétique
Divers
MODE D'EXTERIORISATION DES HEMORRAGIES

Figure 2

- Est considéré comme grave, une hémorragie

. dont le volume extériorisé est supérieur à 1 000 centimètres cubes,

. qui s'accompagne d'un collapsus circulatoire (avec tension artérielle effondrée, pratiquement imprenable),

. qui présente un hématocrite inférieur à 20 % (CAMMOCK (40),

. qui nécessite une quantité transfusée dans les 24 heures, supérieure à 2 000 centimètres cubes (EDELMANN (95).

1) MODE D'EXTERIORISATION ET QUANTITE EVALUEE :

Notre série comprend 211 hématémèses (72,8 %) et 79 meloenas (27,2 %).

a) Les hématémèses :

L'extériorisation par voie haute est nettement dominante, comme dans la plupart des séries : HAMALGY (120) sur 425 HDH 61,6 % ; BIGARD (19) sur 900, 88,2 % ; CREMER (59) sur 1231, 73 % ; DELMOTTE (75) sur 200, 70 % ; DEBRAY (68) sur 133, 82,6 %.

L'évaluation de l'hémorragie n'est pas toujours aisée, surtout lorsqu'elle n'a pas eu lieu en milieu médical, car le malade surestime volontiers la quantité rejetée.

Le prochain tableau donne le mode d'extériorisation des différentes lésions. Il permet certaines constatations :

- Plus la lésion est de situation basse sur le tractus digestif supérieur, moins l'extériorisation se fait par voie haute (fig. 2). Les hémorragies par rupture de varices s'extériorisent dans 90 % des cas sous forme d'hématémèse, celles de l'ulcère gastrique et des lésions aigues dans 65 % des cas, et celles de l'ulcère duodénal dans 54 % seulement.

- 41,7 % de nos hématémèses ont été évaluées à plus de 500 centimètres cubes, et 12,3 % à plus de 1 000 centimètres cubes.

. lorsque l'hématémèse est importante, une sur trois est dûe à une rupture de varices oesophagiennes,

.../...

. lorsque l'hématémèse est grave, sur 26 cas, une sur deux est liée à une rupture variqueuse, on retrouve parfois l'ulcère (2 gastriques et 3 duodénaux) et rarement une lésion aigue (1 gastro-duodénite).

- Soulignons l'aspect un peu inhabituel de l'extériorisation des hémorragies de nos 12 hernies hiatales. Dans 11 cas, il s'agissait d'hématémèse, et deux fois leur volume était de plus de 500 centimètres cubes.

	OESOPHAGE			ULCERES HEMORRAGIQUES					
Lesion hémorragique	Varice	Hernie hiatale hémorragique	Mallory Weiss	Ulcère gastrique	Ulcère bulbaire	Lésions aigues	Divers	Crypto-génétique	Total
HEMATEMESE	52 86,7%	11 91,7%	2	20 64,5%	24 54,5%	35 68,6%	17 81,6%	50 73,5%	211
QUANTITE < 500cc	23 44,2%	9 81,8%	1	12 60%	18 75 %	25 71,5%	8 47%	27 54%	123 58,3%
> 500cc < 1000cc	17 32,7%	2 18,2%	1	6 30%	3 12,5%	9 25,7%	7 41,1%	17 34%	62 29,4%
> 1000cc	12 23,1%			2 10%	3 12,5%	1 2,8%	2 11,8%	6 12%	26 12,3%
MOYENNE Sang exteriorisé	535	219		303	372	291	300	350	381

ABONDANCE DES HEMATEMESES SELON LES LESIONS

.../...

b) Les méloenas :

D'après l'interrogatoire des malades, ils sont estimés importants dans 17 cas, moyens 43 fois et minimes 19 fois. En pratique, ils ne permettent aucune appréciation valable de la perte sanguine.

c) Les rectorragies :

Elles constituent un signe de haute gravité. Dans 4 cas, elles accompagnaient des hématémèses liées à deux ruptures de varices oesogastriques et à deux lésions aigues, pour 6 malades elles s'associaient à des méloenas très importants, par contre, elles n'ont jamais été rencontrées isolées.

2) LA GRAVITE CLINIQUE :

L'aspect du malade est parfois évocateur (pâleur, agitation, sueurs, angoisse), mais la gravité d'une hémorragie est essentiellement appréciée par l'étude du pouls et de la tension artérielle.

Celle-ci permet une évaluation très grossière de la spoliation. Pour GERMAIN (109) chez un sujet habituellement normotendu, une baisse de cette tension artérielle entre 8 et 10 de maxima correspond à une perte sanguine de 1 500 centimètres cubes ; si elle est inférieure à 6 de maxima, la perte est de 2 500 à 3 000 centimètres cubes. Cependant une spoliation très importante peut du fait de mécanismes vaso-constricteurs compensateurs ne pas s'accompagner immédiatement de chute tensionnelle.

- 120 patients présentaient dans les 24 heures suivant l'hémorragie une tension artérielle abaissée de plus de quatre unités par rapport à la tension artérielle habituelle (41,7 % des cas) et 24 d'entre eux étaient en collapsus (8,4 %),

- les hémorragies graves ont été notées préférentiellement chez les sujets porteurs de varices oesogastriques (10 cas), 4 fois chez des malades qui présentaient un ulcère duodénal, et chez deux patients

.../...

qui saignaient par une lésion aigue. Par contre, aucun ulcère gastrique ne s'est accompagné de collapsus circulatoire.

- Les hernies hiatales ont été cliniquement bien supportées.

	OESOPHAGE			ULCERE HEMORRAGIQUE					
Lésions / T.A.	Varice	Hernie hiatale hémorragique	Mallory Weiss	Ulcère gastrique	Ulcère duodénal	Lésions aigues	Divers	Crypto.	Total
NORMALE	32 53,3%	9 75%	2	18 58,1%	22 51,2%	33 64,7%	10 45,5%	42 62,7%	168 58,3%
ABAISSEE	18 30%	3 25%		13 41,9%	17 39,5%	16 31,4%	9 40,9%	20 29,8%	96 33,3%
COLLAPSUS	10 16,7%				4 9,3%	2 4,1%	3 13,6%	5 7,5%	24 8,4%
Non précisé					1			1	2

TENSION ARTERIELLE ET LESIONS

3) LA GRAVITE BIOLOGIQUE :

- Elle s'apprécie sur la numération formule et l'hématocrite. Mais ces examens ne reflètent qu'en partie l'importance de la perte sanguine. Comme l'hémodilution est lente, leurs résultats initiaux sont optimistes.

- L'étude biologique permet les constatations suivantes :

. dans 144 cas, la numération formule était inférieure à 3 millions de globules rouges (50,3 % des cas) et pour 25 malades, elle était inférieure à 2 millions (8,7 %),

.../...

. pour 161 malades l'hématocrite était inférieur à 30 % (56,2 % des cas) et pour 39 de ces patients, il était inférieur à 20 % (13,6 %),

. le retentissement biologique des hémorragies est semblable pour les ruptures de varices oesogastriques et pour les ulcères gastro-duodénaux, il est un peu moins important en cas de lésions aigues.

	Lésion hémorragique	Varice	Hernie hiatale hémorragique	Ulcère gastrique	Ulcère bulbaire	Lésions aigues	Divers	Crypto-	Total
N.F.	> 3 millions	24 41,4%	8 66,7%	14 45,2%	19 43,2%	29 58%	11 45,8%	37 55,2%	142 49,6%
	compris entre 2 et 3 millions	33 56,9%	3 25%	13 41,9%	19 43,2%	15 30%	9 37,5%	27 40,3%	119 41,6%
	< 2 millions	1 1,7%	1 8,3%	4 12,9%	6 13,6%	6 12%	4 16,7%	3 4,5%	25 8,7%
HEMATOCRITE	> 30%	22 37,9%	8 66,6%	12 38,7%	16 36,4%	26 52%	8 33,3%	33 49,3%	125 43,8%
	compris entre 20 et 30 %	30 51,7%	2 16,7%	13 41,9%	20 45,4%	17 34%	12 50%	28 41,8%	122 42,6%
	< 20%	6 10,4%	2 16,7%	6 11,4%	8 18,2%	7 14%	4 16,7%	6 8,9%	39 13,6%
	Non précisé	2				1		1	4

VALEUR DE LA NUMERATION FORMULE SANGUINE ET DE L'HEMATOCRITE SELON LES LESIONS

.../...

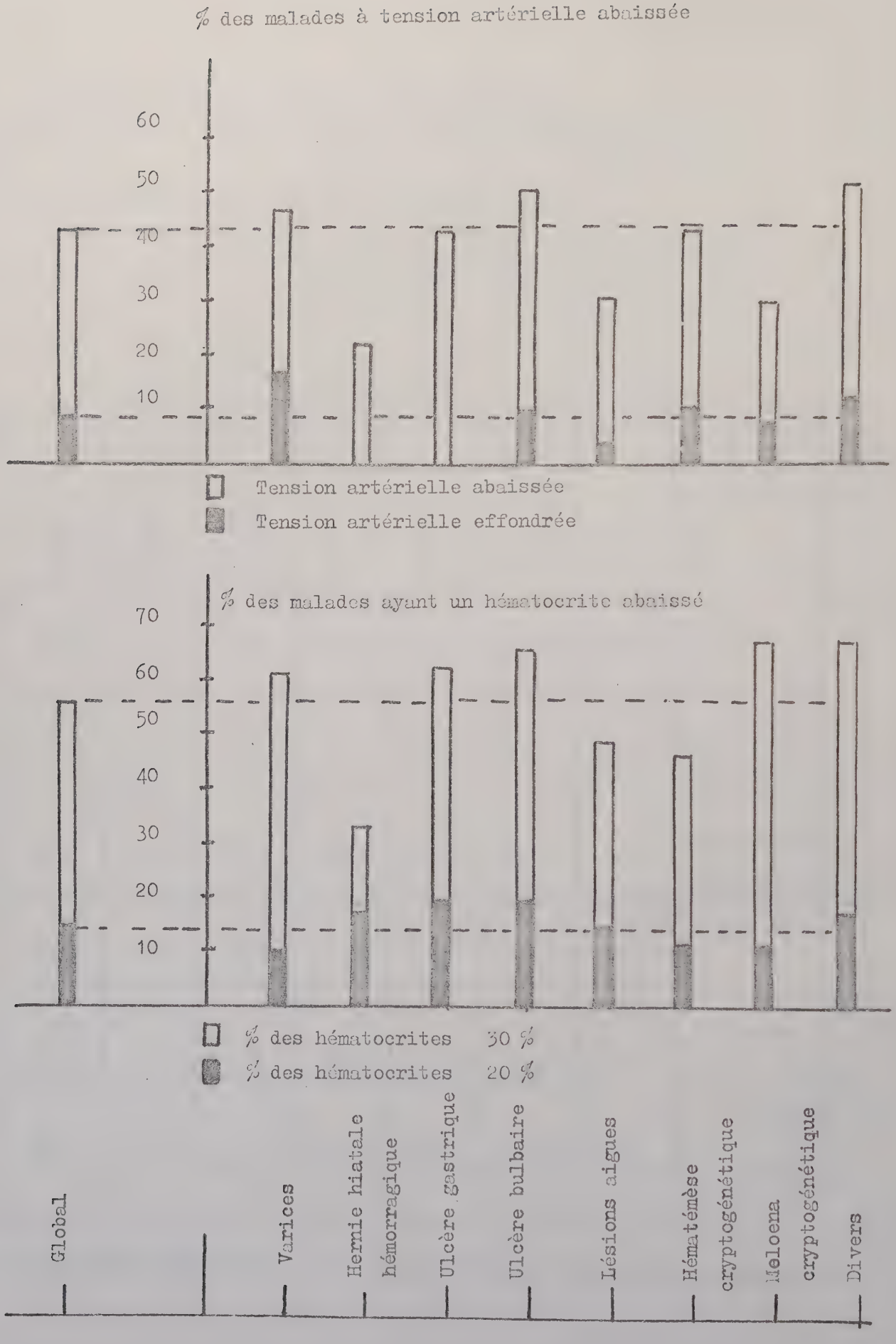

% des malades à tension artérielle abaissée
60
50
40
30
20
10
Tension artérielle abaissée
Tension artérielle effondrée
% des malades ayant un hématocrite abaissé
70
60
50
40
30
20
10
% des hématocrites 30 %
% des hématocrites 20 %
Global
Varices
Hernie hiatale hémorragique
Ulcère gastrique
Ulcère bulbaire
Lésions aigues
Hématémèse cryptogénétique
Meloena cryptogénétique
Divers

Figure n° 3

Considérons les profils biologiques et cliniques des hémorragies importantes et graves (Fig. 3).

- Les méloenas cryptogénétiques ont fréquemment un retentissement biologique important (66,8 % d'entre eux présentent un hématocrite inférieur à 30 %), alors qu'ils sont rarement responsables d'hémorragies cliniquement préoccupantes (28,5 % d'entre eux se sont accompagnés d'une chute tensionnelle).

- Les ulcères gastriques n'ont jamais présenté d'hémorragies graves cliniquement (Tension artérielle effondrée), alors que dans 19,2 % des cas, le retentissement biologique a été sévère avec un hématocrite inférieur à 20 %.

Ces deux exemples montrent qu'il n'y a pas une correspondance exacte entre gravité clinique et biologique.

4) LA QUANTITE MOYENNE DE SANG TRANSFUSE DANS LES 24 PREMIERES HEURES et nécessaire pour maintenir une tension artérielle satisfaisante (soit supérieure à 10 de maxima pour un sujet habituellement normotendu), est le dernier critère que nous avons étudié.

- 46 malades ont reçu en urgence plus d'un litre de sang (15,9 % des cas) et seulement 8 malades plus de deux litres de sang (2,8 % des patients).

- Les hémorragies importantes s'observent chez les sujets porteurs de varices, plus rarement chez les malades présentant un ulcère gastro-duodénal ou une lésion aigue.

- Très souvent, les malades qui présentent une hémorragie sérieuse reçoivent des solutés macro-moléculaires en attendant les transfusions. Néanmoins, on peut constater que la quantité transfusée est modérée : 15 % des malades ont reçu en urgence plus d'un litre de sang, alors que 50 % d'entre eux présentaient des critères cliniques ou biologiques de gravité. Pourtant cette attitude ne semble pas avoir été préjudiciable.

.../...

On peut déduire qu'il n'y a pas de correspondance exacte entre ces différents critères.

Comme EDELMANN (95) le souligne, on doit bien admettre qu'une hémorragie digestive nécessitant plus de deux litres de sang en moins de 24 heures est très grave.

SANG / LESION	VARICE	HERNIE HIATALE HEMORRAGIQUE	ULCERE GASTRIQUE	ULCERE BULBAIRE	LESIONS AIGUES	CRYPTO-GENETIQUES	DIVERS	TOTAL
ABSENT	9 15,3%	7 58,3%	11 35,5%	16 36,4%	18 35,2%	26 38,2%	7 29,1%	94 32,5%
< 1000 ml	34 57,6%	4 33,3%	15 48,4%	22 50%	28 55%	35 51,5%	11 45,8%	149 51,6%
entre 1000 et 2000 ml	15 25,4%	1 8,3%	4 12,9%	4 9,1%	5 9,8%	5 7,3%	4 16,7%	38 13,1%
> 2000 ml	1 1,7%		1 3,2%	2 4,5%		2 3 %	2 8,3%	8 2,8%
MOYENNE	1076	900	1062	1089	1007	1015	1075	1077
Non précisé	1							1

TRANSFUSIONS EN URGENCE ET LESIONS

EN CONCLUSION :

Selon les critères que nous avons retenu, nous pouvons estimer qu'une hémorragie digestive haute sur deux est importante, mais que seulement une sur dix est grave.

.../...

. 12,3 % des hématémèses sont supérieur à 1 000 centimètres cubes,

. 8,4 % de nos malades sont en collapsus cardio-vasculaire,

. 13,6 % des patients ont un hématocrite inférieur à 20 %,

. 2,8 % seulement des sujets ont reçu plus de deux litres de sang dans les 24 heures.

Comme nous l'avons souligné, aucun de ces 4 critères n'apparait formel, surtout lorsqu'ils sont considérés séparément. En pratique, le meilleur critère nous parait être évolutif. C'est l'aggravation de l'état du malade sous transfusion, c'est la poursuite du saignement ou sa répétition qui signent la haute gravité de l'hémorragie.

Enfin, les hémorragies graves correspondent aux ruptures de varices oesogastriques, aux ulcères d'ailleurs plus duodénaux que gastriques, les lésions aigues sont moins souvent en cause.

B) REANIMATION EFFICACE : 224 de nos hémorragies ont cédé sous traitement médical (77,3 % des cas).

- Associée à une surveillance clinique et biologique rigoureuse, la réanimation a comporté la restauration de la masse sanguine circulante par transfusions.

162 malades ont été transfusés et pour 47 d'entre eux, la quantité totale nécessaire a été supérieure à 2 litres de sang (21 % des cas). Cette réanimation importante concerne les ruptures de varices oesogastriques, les ulcères plus duodénaux que gastriques, mais aussi les lésions aigues.

.../...

. 12,3 % des hématémèses sont supérieur à 1 000 centimètres cubes,

. 8,4 % de nos malades sont en collapsus cardio-vasculaire,

. 13,6 % des patients ont un hématocrite inférieur à 20 %,

. 2,8 % seulement des sujets ont reçu plus de deux litres de sang dans les 24 heures.

Comme nous l'avons souligné, aucun de ces 4 critères n'apparait formel, surtout lorsqu'ils sont considérés séparément. En pratique, le meilleur critère nous parait être évolutif. C'est l'aggravation de l'état du malade sous transfusion, c'est la poursuite du saignement ou sa répétition qui signent la haute gravité de l'hémorragie.

Enfin, les hémorragies graves correspondent aux ruptures de varices oesogastriques, aux ulcères d'ailleurs plus duodénaux que gastriques, les lésions aigues sont moins souvent en cause.

B) REANIMATION EFFICACE : 224 de nos hémorragies ont cédé sous traitement médical (77,3 % des cas).

- Associée à une surveillance clinique et biologique rigoureuse, la réanimation a comporté la restauration de la masse sanguine circulante par transfusions.

162 malades ont été transfusés et pour 47 d'entre eux, la quantité totale nécessaire a été supérieure à 2 litres de sang (21 % des cas). Cette réanimation importante concerne les ruptures de varices oesogastriques, les ulcères plus duodénaux que gastriques, mais aussi les lésions aigues.

.../...

Transfusion \ Lésions	Varice	Hernie hiatale	Ulcère gastrique	Ulcère bulbaire	Lésions aigues	Divers	Crypto-génétique	Total
ABSENCE	3 8,6%	6 50%	5 20%	12 34,3%	14 32,6%	4 22,2%	18 32,1%	62 27,7%
< 2000 ml	19 54,3%	4 33,3%	18 72%	15 42,9%	22 51,1%	9 50%	28 50%	115 51,3%
compris entre 2000 et 4000ml	12 34,3%	2 16,7%		5 14,2%	5 11,6%	4 22,2%	8 14,3%	36 16,1%
> 4000 ml	1 2,8%		2 8%	3 8,6%	2 4,7%	1 5,6%	2 3,6%	11 4,9%

TRANSFUSIONS TOTALES NECESSAIRES ET LESIONS

- En outre, il était administré des hémostatiques, d'efficacité discutée, et lorsque cela s'avèrait nécessaire le traitement de l'hypertension portale était institué, (utilisation par voie intraveineuse d'extraits post-hypophysaires, mise en place d'une sonde oesophago-gastrique à double ballonet de SENGSTAKEN-BLACKMORE), associé à une thérapeutique pour lutter contre l'encéphalopathie portocave (lavements froids, substances anti-ammoniacales : Néomycine per os, Lactulose).

En conclusion :

Trois hémorragies sur quatre ont cédé spontanément, ou sous l'effet du traitement médical. Mais dans ce groupe, 20 % des malades ont reçu plus de deux litres de sang.

.../...

C) LA CHIRURGIE D'URGENCE :

La persistance de l'hémorragie nous a conduit à conseiller une intervention d'urgence dans 12 cas (4,6 % des malades).

- Il s'agissait de 11 hommes et d'une femme,

- Trois malades avaient moins de 40 ans, huit patients entre 40 et 60 ans, et un sujet plus de 60 ans.

- Dix malades avaient reçu plus de 1,5 litre de sang en urgence (dont 4 plus de 2 500 centimètres cubes).

- Le délai entre le début de l'hémorragie et l'intervention a été :
  - . inférieur à 48 heures pour deux malades,
  - . compris entre 48 et 72 heures pour quatre patients,
  - . supérieur à 72 heures pour six sujets.

- les lésions opérées ont été essentiellement des ulcères (quatre gastriques, six duodénaux). Une malformation vasculaire duodénale et une gastrite hémorragique sans bilan radio-endoscopique préalable, ont été aussi confiées au chirurgien.

- Dans 10 cas les suites post-opératoires ont été excellentes, mais deux malades sont décédés.

Nous n'avons pas conseillé de dérivations portales en urgence. On sait en effet qu'elles sont grevées d'une lourde mortalité : ORLOFF (219) 52 % ; HIVET (135) 45 % ; KEIGLEY (152) 41,6 % ; VIARD (274) 40 % ; CONN (49) 39 %). De plus, les chirurgiens en France tendent actuellement à les effectuer en différé. Ainsi LEGER (167) a récemment écrit "Après avoir été de ceux qui pronaient la chirurgie portale d'urgence, nous y avons progressivement renoncé au profit du traitement médical". D'ailleurs, les dérivations portales effectuées en période non hémorragique, ont des résultats bien meilleurs : LEGER (167) 13 % ; HIVET (135) 13 % ; VIARD (274) 9,5 % ; KEIGLEY (152) 12,9 %.

Plus récemment, dans les hémorragies gravissimes par rupture de varices et après échec du traitement médical, nous avons parfois conseillé la mise en place d'un bouton oesophagien "Type BOUTON de PRIOTTON" (235). Cette chirurgie moins agressive, semble la dernière ressource dans les cas désespérés.

.../...

D) LA CHIRURGIE EN DIFFERE :

Nous l'avons proposé à 23 malades (8,7 % des cas).

- il s'agissait de 19 hommes et de 4 femmes,
- 4 malades avaient moins de 40 ans, 7 patients entre 40 et 60 ans, et 12 sujets plus de 60 ans,
- la date de l'intervention se situait entre 10 et 75 jours après arrêt de l'hémorragie,
- les lésions opérées ont concerné 6 malades porteurs de varices oesogastriques qui ont subi une intervention de dérivation portale, 3 ulcères gastriques, 3 ulcères duodénaux, un ulcère récidivant post-opératoire, une hernie hiatale hémorragique, enfin neuf lésions diverses dont deux cancers oesophagiens, quatre cancers gastriques, un cancer pancréatique, une thrombose splénique, une tumeur bénigne de l'estomac.
- les suites opératoires ont été bonnes pour 14 patients. Neuf malades sont décédés.
- Nos indications de traitement chirurgical différé ont été peu nombreuses. Cependant un certain nombre de nos malades en ont bénéficié. La chirurgie était nécessaire pour 11 lésions diverses. Nous avons proposé six dérivations portales. Enfin six ulcères ont subi une intervention, il s'agissait d'ulcères anciens ou très douloureux ou déjà hémorragiques antérieurement. Quant aux ulcères jeunes, le traitement est resté médical. Il nous semble que le risque de récidive est d'une fréquence acceptable, JAROUSSE (143) sur 100 malades non opérés et sur une période allant de 1954 à 1971, ne relève que 12 % de récidive hémorragique.

E) LES RECIDIVES HEMORRAGIQUES REHOSPITALISEES :

Elles concernent 17 malades qui ont présenté 28 récidives hémorragiques soit 9,7 %.

- 13 sont survenues par rupture de varices chez 7 sujets,
- 4 par lésions aigues, chez deux patients cirrhotiques qui avaient initialement saigné par rupture variqueuse,
- une par ulcère gastrique chez une cirrhose qui avait initialement saigné par rupture variqueuse,

.../...

- 4 ont été constatées chez une malade de 85 ans. Le diagnostic ne fut qu'autopsique au dernier séjour. Il s'agissait d'un ulcère sous cardial,

- une par ulcère bulbaire,

- une par oesophagite hémorragique,

- une par ulcération survenue au niveau de la zone anastomotique d'un estomac opéré deux mois auparavant pour Schwannome hémorragique,

- une par fistule biliodigestive méconnue lors de la première hospitalisation,

- une par angiome duodénal, lui aussi méconnu au premier séjour,

- enfin, une qui resta cryptogénétique.

Notons que,

. 18 récidives hémorragiques sont survenues chez 10 sujets cirrhotiques porteurs de varices oesogastriques. Ces nouvelles hémorragies ne sont pas toujours dûes à la rupture variqueuse. Elles sont responsable de 7 décès.

. un ulcère gastrique méconnu chez une femme âgée, est cause de son décès à l'ultime récidive.

. seul un ulcère bulbaire a récidivé.

. deux lésions rares n'ont été diagnostiquées que lors de la seconde hémorragie.

F) LES HEMORRAGIES MORTELLES :

65 malades sont décédés (24,8 % des patients).

. 54 sous traitement médical,

. 11 dans les suites post-opératoires.

1) LES DECES SOUS TRAITEMENT MEDICAL :

- 25 sont dûs à une rupture de varices oesogastriques, dans 20 cas lors de la première hospitalisation et cinq fois à l'occasion d'une récidive hémorragique. Parmi ces malades, 18 étaient en décompensation ictéro-ascitique.

.../...

Modes du Décès / Lésions	VARICE	HERNIE HIATALE	ULCERE GASTRIQUE	ULCERE BULBAIRE	LESIONS AIGUES	DIVERS	CRYPTO-GENETIQUE	TOTAL
HEMORRAGIE	7		2	3		6	4	22
COMA HEPATIQUE	16				3		6	25
TARE ANTERIEURE	1				2		2	5
AUTRE	1				1			2

MECANISMES DES DECES MEDICAUX

Tableau n° 11

- 2 par ulcère gastrique, l'un chez un patient de 82 ans, le second chez une malade de 85 ans et qui présentait aussi une cirrhose.

- 3 par ulcère duodénal. Le premier est survenu chez un sujet de 64 ans, éthylique connu et mort dans un tableau de délirium tremens, le second concerne un malade de 73 ans, et le dernier un patient de 83 ans.

- 6 par lésions aigues. Il s'agissait de 4 cirrhoses, dont 3 en décompensation oedémato-ascitique (deux de celles-ci sont mortes à l'occasion d'une récidive), un insuffisant cardiaque et un sujet décédé avant l'intervention en occlusion intestinale.

- 5 par cancers et un par fistule biliodigestive à l'occasion d'une récidive.

- Enfin, 12 malades sont morts et l'hémorragie est restée cryptogénétique, en absence d'autopsie. Il s'agissait d'un insuffisant cardiaque de 72 ans, d'un insuffisant respiratoire de 82 ans et de 10 sujets cirrhotiques dont 7 en décompensation oedémato-ascitique.

La mortalité dans ce groupe de malades traités médicalement est dominée par l'importance des tares associées ; 5 cancers, 4 défaillances cardio-respiratoires, 40 cirrhoses et parmi les 5 autres décès, soulignons qu'un malade porteur d'un ulcère gastrique présentait un délirium tremens et que trois autres patients avaient plus de 80 ans. Nous pouvons essentiellement déplorer un décès par ulcère duodénal chez un sujet de 73 ans.

Deux mécanismes essentiels sont responsables de nos décès médicaux (V. Tabl. 11) :

. soit l'hémorragie n'a pu être contrôlée, 22 cas (40,7 % des décès),

. soit la mort est dûe à l'aggravation d'une tare antérieure préexistante :

dans 5 cas, cardiaque ou respiratoire (9,3 %),

dans 25 cas, par encéphalopathie porto-cave chez des malades cirrhotiques (46,3 %),

.../...

. rarement un autre mécanisme est possible, deux décès sont liés l'un à une septicémie, l'autre à une occlusion.

Dans une étude récente, PALIARD (222) sur 59 décès par hémorragie digestive note l'importance des deux mécanismes précédents, mais aussi la fréquence des décès par complications infectieuses (19 %). Comme le souligne cet auteur, la contamination hospitalière dans un service d'urgence, explique en grande partie le pourcentage élevé de cette complication.

	HEMORRAGIE	COMA	SEPTICEMIE	AUTRE
PALIARD	17 28,8 %	23 39,5 %	11 19 %	8 12,7 %

2) LES DECES APRES INTERVENTION CHIRURGICALE :

- deux sont à déplorer en chirurgie d'urgence. Il s'agissait de deux ulcères duodénaux, l'un chez un malade de 48 ans, mais porteur d'une cirrhose décompensée ictéro-oedémato-ascitique, le second chez un malade de 79 ans porteur d'une cirrhose compensée.

- neuf sont survenus après interventions chirurgicales pratiquées en différé. Il s'agissait de 5 cancers oesophagiens ou gastriques, de 3 sujets cirrhotiques porteurs de varices et ayant subi une intervention de dérivation portale, enfin d'un ulcère gastrique chez un malade de 69 ans et porteur d'une cirrhose compensée.

3) EN CONCLUSION :

La mortalité des hémorragies digestives hautes est importante : un malade sur quatre est décédé.

.../...

DECES \ LESIONS	VARICE	HERNIE HIATALE	ULCERE GASTRIQUE	ULCERE BULBAIRE	LESIONS AIGUES	DIVERS	CRYPTO-GENETIQUE	TOTAL
MEDICAL	25		2	3	6	6	12	54
CHIRURGICAL	3		1	2		5		11
TOTAL	28		3	5	6	11	12	65

MORTALITE ET LESIONS

Tableau n° 12

- les ruptures variqueuses sont très fréquemment en cause et leur gravité est exceptionnellement élevée puisque l'on note 50 % de décès. CONN (49) reprenant 8 statistiques américaines portant sur 1123 malades porteurs de varices hémorragiques, constate une mortalité de 67 %. LEGER et DELAITRE (167) notent une mortalité lors de la première hémorragie de 43 % et signale le très mauvais pronostic des récidives à court terme.

- nos ulcères gastro-duodénaux ont une mortalité de 10,6 % identique que l'ulcère soit gastrique ou duodénal. F. MARTIN (190) sur 500 hémorragies ulcèreuses notait un pourcentage voisin de 7,4 %, mais plus important pour l'ulcère gastrique (12 %) que duodénal (4,7 %).

- Enfin, on doit souligner l'importance de la cirrhose dans les évolutions fatales (46 cas) soit 70,8 %.

Notre pourcentage de mortalité correspond aux diverses statistiques françaises : FOURNET (103) 20,6 % ; PALIARD (222) 25 % ; HUGUIER (141) 25 % ; BRES - KLEPPING (34) 20 % ; LARDENNOIS (162) 17,8 %. Seules les séries anglo-saxonnes présentent un taux plus faible : HEGARTY (125) 7,8 % ; WALLS (279) 8 % ; SCHILLER (253) 8,9 % ; COTTON (56) 3,8 % ; mais il faut souligner dans ces séries la rareté des varices oesogastriques (HEGARTY (125) 2 % ; SCHILLER (253) 2 %).

E) EVOLUTION DES HEMORRAGIES MEDICAMENTEUSES :

- Huit de nos hémorragies médicamenteuses ont nécessité une intervention chirurgicale d'urgence (5,3 %), il s'agissait de deux ulcères gastriques, l'un saignait sous phényl-butazone, l'autre sous réserpine, de 4 ulcères bulbaires hémorragiques après prise d'acide acétyl salicylique, d'une malformation vasculaire duodénale et d'une gastrite hémorragique dont le saignement a été déclenché par un autre anti-inflammatoire.

Les hémorragies sous salicylés, en particulier ulcéreuses, doivent inciter à temporiser (F. MARTIN (190), au contraire de celles déclenchées par phényl-butazone, corticoïdes ou anti-vitamines K. Mais le critère évolutif garde toute sa valeur et parfois nous avons dû conseiller l'intervention.

.../...

- la mortalité de nos hémorragies d'origine médicamenteuse n'est pas négligeable, puisque nous devons déplorer 13 décès (8,6 %) :

. 9 malades sont morts après prise de salicylés. Il s'agissait de deux ruptures de varices, trois lésions aigues et un ulcère bulbaire (ces six lésions survenant chez des cirrhotiques), un cancer oesophagien et un gastrique, enfin une hémorragie resta inexpliquée chez un insuffisant respiratoire. Bien que réputées de bon pronostic, les hémorragies sous A.A.S. ont eu parfois une évolution péjorative, mais essentiellement fonction de la lésion préexistante ou de la tare du malade.

. les anti-vitamines K sont responsables de deux décès. La mort peut être liée à l'hémorragie ou à l'arrêt de la thérapeutique anti-coagulante. Ainsi HARDY (123) sur 9 décès note que dans 5 cas l'hémorragie est cause de la mort et que dans 4 cas, celle-ci est dûe à l'aggravation de la maladie cardiaque.

Le pourcentage de la mortalité est élevé (10 % environ). Ainsi HIMBERT (133) signale 9 décès sur 70 malades, DEBRAY (66) 22 morts sur 230 patients, LABAYLE (157) 6 décès chez 31 sujets.

. enfin, l'aggravation a été fatale pour deux patients traités aux corticoïdes. Dans un cas, il s'agissait d'une rupture de varices, l'autre hémorragie resta inexpliquée. Ces hémorragies sous corticoïdes sont redoutables. LANDOUSLY (161) sur 40 hémorragies médicamenteuses mortelles note dans 28 cas, la prise d'un stéroïde. DELAVIERE (73) sur 3 280 autopsies découvre 25 ulcérations sous corticothérapie mortelles pour 5 ulcérations spontanées.

<u>On peut remarquer, que dans certains cas essentiellement fonction du terrain, les hémorragies d'origine médicamenteuse peuvent avoir une évolution fâcheuse.</u>

.../...

	Varices	Hernie hiatale	Ulcère gastrique	Ulcère bulbaire	Ulcère récidivant P.O	Ulcérations aigues	Gastrite hémorragique	Crypto-génétique	Divers	Total	
Récidive hémorragique	3			1			2	7		13	6,6%
Chir. pour hémorragie											
Chir. pour douleur				1						1	
Décès ulterieur	4	1	3	3		2		4		17	8,7%
Douleur	2	3	6	4		4		10		29	14,7%
Renseignement méconnu	2	1	4	9		2	7	10	1	36	18,3%

LE DEVENIR ULTERIEUR

Tabl. n° 13

II - LE DEVENIR ULTERIEUR

Nous avons adressé aux 197 malades non décédés, un questionnaire s'interessant aux récidives hémorragiques ou douloureuses, qu'ils ont pu présenter. Nous demandions aussi, en cas de nouvelle hémorragie, si une intervention chirurgicale avait été nécessaire. Dans certains cas, nous avons pu savoir que le sujet était décédé.

Nous allons analyser les résultats (V. Tabl. 13).

1) Les sujets porteurs de varices :

. trois malades ont présenté une récidive hémorragique (Recul depuis la dernière hospitalisation de trois à huit mois).

. quatre sont décédés.

. onze sont toujours en vie (22,8 %). Il s'agit de 4 patients qui avaient subi une intervention de dérivation portale (ancienneté de 1 à 4 ans)et de 7 autres sujets qui vont bien (Recul de trois à vingt-huit mois).

. deux n'ont pas répondu. Il s'agissait de cirrhoses décompensées de longue date. Il est possible qu'ils soient décédés.

En conclusion : 14 malades porteurs de varices sont toujours vivants actuellement (29,2 %) (recul de 6 à 36 mois).

2) L'ulcère gastrique :

. aucune récidive hémorragique n'est signalée.

. trois malades sont décédés. Deux étaient très âgés (87 et 93 ans) et le troisième avait été opéré lors de son séjour hospitalier.

. six patients continuent à souffrir.

. quinze sujets déclarent être satisfaits.

. quatre malades n'ont pas répondu, mais trois d'entre eux avaient été opérés durent leur hospitalisation.

.../...

3) L'ulcère duodénal :

. un malade signale une récidive hémorragique, mais n'a pas subi d'intervention chirurgicale.

. trois malades sont décédés. L'un d'eux présentait une insuffisance rénale au stade terminal, le second avait été opéré six mois auparavant de son ulcère (Péan et Dragstedt), il est mort dans un tableau de gastroplégie, le troisième a été opéré en différé et est décédé dans les suites post-opératoires.

. un patient a été opéré du fait de l'intensité du syndrome douloureux et quatre autres déclarent souffrir.

. vingt sujets sont très satisfaits.

. enfin, dans neuf cas, nous n'avons eu aucune réponse. Parmi ces malades, un avait plus de 90 ans, un autre avait déjà subi une intervention chirurgicale de son ulcère, un avait désiré se faire opérer dans une autre région, enfin trois nord-africains avaient été revus en consultation six mois après leur hémorragie sans récidive.

En conclusion : sur 66 ulcères gastro-duodénaux, on ne constate qu'une seule récidive hémorragique. Parmi les six malades décédés, trois avaient été opérés, un est mort d'insuffisance rénale et deux avaient plus de 85 ans. La poursuite du syndrome douloureux est fréquente (10 cas). Un patient a subi une intervention chirurgicale du fait de l'intensité des douleurs.

4) Les ulcères récidivants post-opératoires : tous trois ont opérés (dont deux ultérieurement). Aucune récidive hémorragique n'est signalée.

5) Les ulcérations aigues :

. aucun patient ne signale de nouvelle hémorragie.

. deux sujets sont décédés. L'un de cause imprécise, chez un cirrhotique déjà antérieurement décompensé, le second par complication post-opératoire d'une perforation de cette ulcération aigue (malade de 77 ans).

.../...

. 4 sujets déclarent toujours souffrir, ce qui laisse douter de l'authenticité du caractère aigu de l'ulcération.

. 9 malades sont pleinement satisfaits.

. 2 sujets n'ont pas donné de leurs nouvelles. Ces malades étaient âgés de 76 et de 77 ans.

6) Les gastro-duodénites hémorragiques :

. 2 malades ont présenté une récidive mais l'un d'eux avait déjà subi une gastrectomie pour maladie ulcéreuse.

. aucun décès n'est connu.

. 15 patients vont très bien.

. dans 7 cas, nous n'avons pas eu de réponse.

En conclusion : parmi les lésions aigues, deux récidives hémorragiques sont signalées et deux décès sont notés, l'un de cause imprécise chez un cirrhotique et le second lié à une perforation de l'ulcération aigue traitée médicalement.

7) Les hernies hiatales :

. aucun malade n'a présenté de récidive.

. un malade de 74 ans est décédé de cause imprécise.

. 3 sujets souffrent toujours.

. 6 patients sont satisfaits.

. dans un cas, nous n'avons pas eu de renseignement.

8) Les lésions diverses :

. aucune nouvelle hémorragie, aucune évolution fatale ne sont signalées chez 9 malades. Pourtant 3 sujets sont atteints d'un cancer digestif. L'un d'eux a subi une gastrectomie pour épithélioma gastrique il y a 28 mois, les deux autres il y a six mois.

. un seul malade n'a pas répondu. Il avait été opéré d'un pseudo-kyste du pancréas.

.../...

9) Les hémorragies dites "cryptogénétiques" :

. 7 malades signalent une récidive hémorragique et dans 4 cas, celle-ci s'est produite après absorption d'une médication gastro-toxique. Aucun n'a subi d'intervention chirurgicale.

. 4 patients sont décédés : une démence sénile, une cirrhose éthylique, une hémochromatose, enfin une malade a présenté une récidive hémorragique liée à un ulcère sous-cardial passé inaperçu au précédent séjour. Cette patiente est décédée dans les suites opératoires.

. 25 sujets sont satisfaits.

. 10 sujets n'ont pas répondu au questionnaire.

En conclusion : parmi les malades dont l'hémorragie est restée inexpliquée, 7 récidives sont signalées dont 4 après prise médicamenteuse. 4 sujets sont décédés dont l'un par récidive hémorragique. Enfin, 25 patients vont bien.

10) Conclusion :

L'évolution ultérieure que nous avons précisée par un questionnaire nous permet ces constatations :

- 13 malades ont signalé une récidive hémorragique, mais en aucun cas une intervention chirurgicale n'a été nécessaire.

- 17 patients sont décédés. La mort d'une malade est dûe à une récidive hémorragique, il s'agissait d'un ulcère sous-cardial resté méconnu lors de son séjour hospitalier. Un autre décès chez une malade de 77 ans est secondaire à la perforation de l'ulcération aigue traitée médicalement. Parmi les autres évolutions fatales, soulignons 7 cirrhoses, 1 démence sénile, 1 insuffisance rénale au stade terminal, deux patients de plus de 85 ans, deux malades opérés pour ulcères duodénaux et décédés, l'un en post-opératoire immédiat, le second dans un tableau de gastro-plégie quelques mois après.

- Seulement, 36 malades n'ont pas répondu à notre questionnaire (18,3 % des cas).

- L'évolution des hémorragies digestives hautes est donc grave : au moins 82 malades sont décédés.

C O N C L U S I O N

A propos de 290 hémorragies digestives hautes chez 262 malades, observées dans un service d'hépato-gastro-entérologie entre décembre 1970 et avril 1974, nous avons réalisé une analyse informatique effectuée par ordinateur I.B.M. 360.

Ce travail nous a permis de confirmer la plupart des données étiologiques, diagnostiques, thérapeutiques et évolutives de la littérature.

Sur le plan diagnostique, nous pouvons opposer deux périodes différentes :

- dans la première, concernant 150 cas, l'exploration radiologique était habituellement pratiquée en premier, complétée une fois sur deux par une fibroscopie oesophagienne et gastrique.
- dans la deuxième période, la duodénoscopie était réalisée en urgence, le transit baryté n'intervenant que dans un second temps.

Si l'apport diagnostique radiologique a peu varié d'une période à l'autre (autour de 55 %), par contre, le diagnostic par fibroscopie est passé de 55 à près de 89 %. L'examen toujours précoce avec un appareil permettant d'explorer le tractus digestif supérieur dans sa totalité, explique cette amélioration. Une telle méthodologie nous a permis, en montrant la lésion en cours d'hémorragie ou présentant des signes d'hémostase, d'obtenir une certitude diagnostique plus d'une fois sur deux. La confrontation des deux examens, endoscopie d'urgence et radiologie, ramène nos hémorragies crypto-génétiques à 6 %.

Sur le plan étiologique, nous retrouvons l'importance, maintenant classique, de l'acide acétyl-salicylique comme facteur déclenchant dans 42 % de nos cas. Les autres médications gastro-toxiques quand elles sont en cause, lui sont associées une fois sur deux. La courbe de répartition de nos hémorragies dans l'année présente un sommet en mars et avril. Il semble que les variations barométriques et thermiques interviennent.

.../...

Sur le plan thérapeutique, notre attitude avant tout médicale parait satisfaisante : ainsi sur 255 hémorragies, si nous avons noté 54 décès, 40 concernent des cirrhotiques et 5 des cancéreux oesophagiens et gastriques.

12 malades seulement présentant pour la plupart un ulcère gastrique ou duodénal, ont été opérés en urgence avec deux décès post-opératoires (17 %). Sur les 23 interventions différées, 9 décès sont à déplorer mais ils concernent 3 dérivations portales et 5 cancers oesophagiens ou gastriques.

L'évolution lointaine (de 6 mois à 4 ans) a été précisée par un questionnaire adressé à 197 malades. Sur 161 réponses, 13 patients ont signalé une nouvelle hémorragie mais n'ayant pas nécessité de thérapeutique chirurgicale ; 17 sont décédés (7 cirrhoses, 2 décès après intervention pour ulcères gastro-duodénaux sans nouvelle hémorragie, un seul décès dû à une récidive hémorragique).

Le Président de la Thèse
Cl. KLEPPING

Vu et Permis d'imprimer
Dijon, le 14 Octobre 1974
Le Doyen,
J. BOUHEY

BIBLIOGRAPHIE

1 - ABU-DALU J., GARTI I.

Selective angiography as a diagnostic aid in acute massive gastro intestinal bleeding
Arch. Surg. 1973, 106, 1, 17-19

2 - ALCALA, SANTELLA, FRANCO

Endoscopia en las gastritis hemorragicas
Rev. Espan. Enf. Apar. Dig., 1972, 37, 467-472

3 - ALLAN R.N., DYKES P.W., TOYE D.K.M.

Diagnostic acuracy of early radiology in acute gastro-intestinal hémorrhage
Br. Med. J., 1972, 4, 5835, 281-284

4 - AOUN J.P., BERNIER J., MARTIN F., FARLEY A.

L'approche vigoureuse du diagnostic des hémorragies digestives hautes
Un. Med. Can., 1971, 100, 11, 2143-2146

5 - ARON E., DELBARRE B., JANKOWSKI J.M.

Contribution de l'aspirine soluble et injectable (acetyl-salicylate de Lysine) à l'étude des accidents digestifs de l'acide acétylsalicylique.
Arch. Fr. Mal. App. Dig., 1970, 59, 7, 490

6 - ARON E., JOBARD P., JANKOWSKI J.M.

Etude expérimentale des hémorragies digestives d'origine médicamenteuse
Arch. Fr. Mal. App. Dig., 1971, 60, 69-72

7 - ATHANASOULIS A., BAUM M.D., WALTMAN M.D., RING E., IMBENBO A., VANDERSALM, THOLAS.

Control of acute gastric mucosal hemorrhage
N. Engl. J. Med., 1974, 290, 11, 597-603

8 - BADER J.P., VERGOZ D.
Aspirine, hemostase et tube digestif
Concours Med., 1971, 93, 2, 177-186

9 - BANCONS J., QUINTON A., DUBARRY J.J.
La fibroscopie oesophagienne et gastrique en urgence pour hemorragie digestive et les corrélations radio-endoscopiques
Bordeaux Med., 1972, 5, 16, 2017-2022

10 - BANCONS J., QUINTON A., DUBARRY J.J.
La fibroscopie oesophagienne et gastrique en urgence pour hémorragie digestive et les corrélations radio-endoscopiques
Acta. Endos Cinema, 1973, 12, 3435

11 - BARBIER J.
La place de la chirurgie dans les hemorragies digestives hautes
Bordeaux Med., 1970, 3, 10, 2401-2404

12 - BARSAMIAN L.
L'endoscopie devant une hemorragie digestive
Genie Med., 1971, 23, 278, 59-60

13 - BAUM S., NUSBAUM M.
The control of gastro intestinal hemorrhage by selective mesenteric arterial inferior of pitressin
Radiology, 1970, 95, 3, 595-602

14 - BEGON F., DRUMEAUX D., BURDAN G., HECHT Y., DONIO J.
Apport des calculateurs pour le diagnostic biologique des maladies du foie et des voies biliaires
Rev. Informatique Med., 1970, 1, 97-103

15 - BELBER J.P.
Endoscopic examination of the duodenal bulb. A comparison with X ray.
Gastroenterology, 1971, 61, 55-61

16 - BENNERT

Indication de l'angiographie

Ann. Gastroenterol. Hepato., 1970, 6, 1, 57-63

17 - BENOZIO M., MELKI J.P., MONTAGNE J.P., MAY J.P.

Radiologie gastrique en urgence

Journées lyonnaises de radiologie digestive - 16-17 Mars 1973

Cah. Med. Lyon, 1974, 50, 21, 1771-1773

18 - BERTRAND L., MICHEL H.

La sonde de Linton-Nachlas : Sa supériorité sur celle de Sengskaken-Blackemore, pour le tamponnement des varices oeso-gastriques chez le cirrhotique

Arch. Fr. Mal. App. Dig., 1969, 58, 791-816

19 - BIGARD M.A.

La fibroscopie oeso-gastro-duodenale en urgence dans le diagnostic et le traitement des hémorragies digestives hautes

Thèse Médecine, Nancy, 1973, n° 78

20 - BIGARD M.A.

Urgent fiberscopy in upper gastro-intestinal hemorrhage

In : Urgent Endoscopy of Digestive and Abdominal Diseases Edited by MARATKA. Z. and SETKA J., Karger, Basel, 1972, 8-12

21 - BIGARD M.A., LAURENT J., VICARI F., GAUCHER P., HEULLY F.

La fibroscopie en urgence dans les hémorragies digestives hautes

Ann. Gastroenterol Hepatol, 1972, 8, 4, 317-328

22 - BIGOT R., GOLDLUST D.

Conduite de l'examen radiologique dans les hématémèses

Vie med., 1971, 52, 29, 3381-3386

23 - BISMUTH V., FARAH A., BLERY M., GAUX J.C., GUENIN P.
Interêt de l'artériographie abdominale sélective, en urgence, dans quatre cas d'hémorragies digestives hautes
Arch. fr. Mal. App. Dig., 1974, 63, 25-32

24 - BITOUN A.
Enquête à propos de 85 hémorragies digestives inexpliquées
Thèse Médecine Paris, 1970, n° 967

25 - BITOUN A., CONTE M.
Enquête à propos de 85 hémorragies digestives inexpliquées
Sem. Hôp. Paris, 1971, 47, 3, 177-185

26 - BODIN R., CONTE M.
Les hémorragies digestives après ingestion de médicaments anti-inflammatoires (indométacine et acide niflumique)
Sem. Hôpitaux Paris, 1969, 45, 887-892

27 - BODIN F., LICHTENSTEIN H., CONTE-MARTI J., CONTE M.
Les ulcérations aigues hémorragiques gastro-duodénales (100 cas)
Sem. Hôp. Paris, 1974, 50, 14, 929-934

28 - BOEREMA I., KLOPPER P.J., HOLSTHER A.
Trans abdominal ligation resection of the eosophagus in case of Bleeding oesophageal varices
Surgery 1970, 67, 409-413

29 - BOHMANSSON
Problem of surgical arrét of massive hemorrhage in peptic ulcer
Acta. Chir. Scand. 1946, 94, 362-378

30 - BONANNO C.A., ROBILOTTI J.G., MARTEL A.J.
The value of emergency endoscopy in active bleeders
Gastroenterology 1972, 62, 883-884

31 - BOURDE J., ASSADOURIAN R., RAYNAUD B., HOUZE J.P., RANDRIANONIMANDIMBY J., LAMY J.

Les hémorragies des ulcères duodénaux. Considérations étiologiques et thérapeutiques. (A propos de 133 cas de moyenne et de grande abondance).

J. Chir. Paris, 1972, 103, 5-6, 465-478

32 - BOUTELIER Ph.

Traitement des hémorragies massives d'origine gastro-duodénale, hypertension portale exceptée

Bull. Soc. Chirurgiens Paris 1971, 61, 6, 390-396

33 - BRANT B., ROSCH J., KRIPPAEHNE W.W.

Expérience with angiography in diagnostic and treatment of acute gastro intestinal bleeding of various etiology : Primary Report

Ann. Surg. 1972, 176, 3, 419-433

34 - BRES F.

Les hémorragies digestives hautes. 100 cas

Thèse Médecine Dijon 1971, N° 19

35 - BREUIL J., BLAVON-DUCHESNE N., LANSMANN M., BEAUCHANT J.

La fibroscopie d'urgence dans les hémorragies digestives hautes

Nouv. Presse Med. 1972, 1, 43, 2889-2892

36 - BREUIL J., DELINEAU G., MORIN M., BEAUCHANT J.

Interêt de l'oesogastrofibroscopie dans les hémorragies digestives hautes

Arch. fr. Mal. App. Dig. 1970, 59, 7-8, 509-510

37 - BREUIL J., DELINEAU G., MORIN M., DEAUCHANT J.
Place de l'oesophagogastroscopie dans les hémorragies digestives hautes
Bordeaux Med., 1970, 3, 10, 2391-2394

38 - CABANNE F., LAMBERT R., FEROLDI J; et KLEPPING Cl.
Les lésions digestives d'origine chimique en dehors des hormones, des antibiotiques et des antimetabolites
VII^{e} Reunion plenière de la Société Anatomique Quebec-Montreal, 9 - 10 et 13 Septembre 1965

39 - CAMATTE R., GAUTHIER A.P., GEROLAMI A., SARLES H.
Les hémorragies d'origine médicamenteuse (anticoagulants exceptés). A propos de 80 observations
Marseille Med. 1970, 107, 1, 9-19

40 - CAMMOCK E.E., HALLETT W.Y., HIHUS L.M., HARKINS H.N.
Diagnosis and therapy in gastrointestinal hemorrhage
Arch. Surg. 1963, 86, 608-614

41 - CARNOT F.
Etude anatomo-pathologique des lésions digestives survenant au cours des grandes détresses (hémorragies et ulcères, causes variées)
Ann. Chir. 1972, 26, 15-18, 907-911

42 - CAZARD G., NAHUM H.
L'opacification digestive en urgence par les hydrosolubles
Nouv. Presse Med. 1973, 2, 1791

43 - CETRULLO C., GIARDINO R., ZANONI A.
The role of emergency oesophagoscopy in a survey of the causes of oesophagogastric hemorrhages
In Urgent Endoscopy of Digestive and Abdominal Diseases. Edited by MARATKA Z. and SETKA J., Karger, Basel, 1972, 80-83

44 - CHAPOT J.C., PETITE J.P., GUEROULT N., BUFFET C., REGENSBERG M., PEVIENNE J.

La fibroscopie d'urgence dans les hémorragies digestives des cirrhoses -(100)

Nouv. Press. Med., 1974, 3, 19, 1227-1230

45 - CHARRA M.

L'anastomose portocave d'urgence dans les hémorragies incoercibles de l'hypertension portale (à propos de huit observations)

Thèse Dijon, 1970, n° 8

46 - CHOUBRAC P.

Les hémorragies digestives des détresses respiratoires. Etat actuel de la question

Concours Med. 1970, 92, 41, 7357-7366

47 - CLASSEN M., KOCH H., BAUERLE M., DEMLING L.

New results in the emergency endoscopy of the upper gastro-intestinal tract

In : Urgent Endoscopy of Digestive and Abdominal Diseases. Edited by MARATKA Z. and SETKA J., Karger, Basel, 1972, pp 1924

48 - COLDEFY J.M., GAYRAZ F. et VEDRENNE C.

Discussion des hémorragies digestives dites cryptogénétiques. Rôle des facteurs neuro-végétatifs et neuro-psychiques.

Sem. Hôp. Paris, 1972, 48, 31-34, 2239-2247

49 - CONN H.O.

The prognosis and management of bleeding oesophageal varices

Ann. New Yord Academy of Sciences, 1969, 153, 345-357

50 - CONN H.O., RAMSBY G.R., STORER E.M.
Selective intraarterial vasopressin in the treatment of upper gastrointestinal hemorrhage
Gastroenterology 1972, 63, n° 4, 634-645

51 - CONRADI H., HONG H.R.
Demonstration of a ulcer niche during arteriography for acute gastrointestinal bleeding
Amer. J. dig. Dis. 1972, 17, 8, 735-739

52 - CONTE M., FOUET P., BODIN F., LIGUORY C.
Radiographie et endoscopie gastrique en urgence au cours des hémorragies digestives
Arch. fr. Mal. App. Dig. 1970, 7-8, 59, 492

53 - CONTE M., JAROUSSE Ph.
Le devenir de 165 hémorragies ulcéreuses traitées dans un centre spécialisé de soins intensifs
Sem. Hôp. Paris, 1973, 49, 8, 545-547

54 - CORNET A., CARNOT F., HARTMANN L., BARBIER J.Ph.
Réactions immunitaires au cours des gastrites médicamenteuses
Sem. Hôp. Paris, 1973, 23, 1649-1656

55 - CORNET A., TERRIS
Complications des ulcères gastro-duodenaux
Encycl. Med. Chir., 9022, A 10

56 - COTTON P.B., ROSENBERG M.T., WALDRAN R.P.L.
Early endoscopy of oesophagus stomach and duodenal bulb in patients with haematemesis and meloenas
Br. Med. J., 1973, 2, 505-509

57 - CREMER M., GULBIS A., PEETERS J.P.
L'oesophagogastro duodenoscopie d'urgence dans les hémorragies aigues du tractus digestif supérieur
Acta. Endosc. Cinema, 1972, 2, 162-163

58 - CREMER M., PEETERS J.P., DESNEUX J.J.
Mallory weiss syndrome
I_n : Urgent Endoscopy of Digestive and Abdominal Diseases Edited by MARATKA Z. and SETKA J., Karger; Basel 1972, 132-135

59 - CREMER M., PEETERS J.P., GULBIS A., ANSAY J., BUCHIN R., GOVAERTS J.P., ENGELHOLM L., KIEKENS R., DEUVAERT F., HERNANUS A., Van GEERTRYDEN
Desneux's experience of urgent gastroscopy for upper digestive tract hemorrhage during a 2 years period
In : Urgent Endoscopy of Digestive and Abdominal Diseases. Edited by MARATKA Z. and SETKA J., Karger, Basel, 1972, 1-7

60 - CROFT D.N., CUDDIGAN J.H.P., SWEETLAND C.
Hemorragie gastrique et benorylate, nouvelle aspirine
Br. Med. J., 1972, 3, 5826, 545-547

61 - DAGRADI A.E., MEKLER R., DEOGRACIAS F.D., TAN M.D., STEMPIEN S.
Endoscopy study of the cirrhotic patient before and following portocaval shunt for bleeding varices
Am. J. Gastroenterol., 1970, 53, 5, 425-435

62 - DAGRADI A.E., MEKLER R., DEOGRACIAS T.D., TAN M.D., STEMPIEN S.
Sources of upper gastro-intestinal bleeding in patients with liver cirrhosis and large esophagogastric varices
Am. J. Gastroenterol. 1970, 54, 5, 458-463

63 - DAGRADI A.E.
Sources of gastro-intestinal bleeding in patients with liver cirrhosis and larger oesophageal varices
Am. J. Gastroenterol., 1971, 56, 44-47

64 - DAGRADI A.E.
Sources of gastrointestinal bleeding in patients with liver cirrhosis and large oesophageal varices
Am. J. Gastroenterology, 1971, 56, 371-377

65 - DAGRADI A.E.
Oesophageal varices with cirrhosis
Am. H. Gastroenterol, 1972, 57, 520-539

66 - DEBRAY C., LEYMARIOS J., BRUNOT H.
Hemorragies digestives sous anti-coagulants
Arch. Fr. Mal. App. Dig. 1966, 55, 7-8, 605-624

67 - DEBRAY C., PAOLAGGI J.A., HOUSSET P.
Etude endoscopique de l'hypertension portale
Lyon Med. 1971, 7, 637-648

68 - DEBRAY C., CRESPON B., HOUSSET P., CERF M., PAOLAGGI J.A.
L'endoscopie oesogastrique d'urgence dans les hémorragies digestives hautes
Entretiens de Bichat, Médecine, 1972, Paris 125-134

69 - DEBRAY C., HOUSSET P.
La fibroscopie digestive
Encycl. Med. Chir., 9012, A 10

70 - DEBRAY C., HOUSSET P., DUPUY P., PERREAU G., RICHARD J.
Oesogastro-bulboscopy in the diagnostic approach in hemorrhage of the upper digestive tract
In : Urgent Endoscopy of Digestive and Abdominal Diseases. Edited by MARATKA Z. and SETKA J., Karger, Basel, 1972, 30-33

71 - DEBRAY C., HOUSSET P., COCHETON B., MARTIN E.
Les perforations au cours des endoscopies oesogastriques
Ann. gastroenterol., 1972, 8, 4, 339-360

72 - DELANNOYE E., VANDENDORP F.
Diagnostic clinique et radiologique dans les hémorragies digestives
Arch. Fr. Mal. App. Dig., 1959, 48, 43-51

73 - DELAVIERRE P., HUREAU J., GRIVAUX M.
Ulcérations gastroduodenales médicamenteuses (corticoïdes exclus)
Sem. Hôp. Paris, 1973, 49, 47, 3129 - 3134

74 - DELBECQ A.
Problèmes, diagnostiques et causes de la mortalité au cours des hémorragies digestives hautes massives à propos de cent malades décédés et vérifiés
Thèse Médecine Paris, 1972, N° 27

75 - DELMOTTE J.S., FILOCHE B., PARIS J.C., PARIS J.
L'endoscopie d'urgence dans les hémorragies digestives hautes. Etude de 200 cas consecutifs
Lille Med., 1972, 17, 10, 1341-1343

76 - DELUMEAU G., PERRIN D., LISLE L.R. de, VEYRAC Y., MINICONI P.
Apport de la fibroscopie au diagnostic du syndrome de Mallory-Weiss et des ulcérations hémorragiques de la jonction oesogastrique
Ann. Gastroenterol Paris, 1972, 8, 4, 329-337

77 - DELUMEAU G., PERRIN D., LISLE L.R. de, VEYRAC Y., MINICONI P.
Apport de la fibroscopie au diagnostic du syndrome de Mallory-Weiss et des ulcérations hémorragiques de la jonction oesogastrique
Arch. Fr. Mal. App. Dig., 1971, 60, 4-5, 263

78 - DESMOND A.M., REYNOLDS K.W.
Errosive gatritis : its diagnostic management and surgical treatment
Br. J. Surg., 1972, 59, 5-13

79 - DESNEUX
Hemorragies digestives aigues. Endoscopie d'urgence
Arch. Fr. Mal. App. Dig., 1959, 48, 7-8bis, 53-57

80 - DOMJAN L., BRUNCSAK A.
Emergency fiberscopy during active upper gastro-intestinal hemorrhage
In : Urgent Endoscopy of Digestive and Abdominal Diseases. Edited by MARATKA Z. and SETKA J., Karger, Basel, 1972, 34-38

81 - DOUTRE L.P., PERISSAT J., LEHMANS F., HIRIGOYEN P., BEAULIEU J.C.
Reflexions sur une statistique de 76 hémorragies digestives hautes et massives traitées en un an
Bordeaux Med., 1970, 3, 10, 2451-2452

82 - DOUTRE L.P., PERISSAT J., LEHMANS F., HIRIGOYEN P., BEAULIEU J.C.
Reflexions sur une statistique de 76 hémorragies digestives hautes et massives traitées en un an
Arch. Fr. Mal. App. Dig. 1970, 59, 7-8, 507-508

83 - DOUTRE L.P., QUINTON A., GRATADOUR P.
L'endoscopie per-opératoire en chirurgie digestive
Nouv. Presse Med., 1974, 3, 19, 1217-1219

84 - DREZE C., LOMBARD R., JACQUET N., HERVE P.
Hemobilie secondaire à la fistulisation d'un faux anevrysme d'une branche de l'artère hépatique droite dans la vésicule biliaire : diagnostique pré-opératoire par l'artériographie sélective
Acta Castroenterol. Bel., 1973, 36, 7-8, 397-410

85 - DUFFAUT M., COLOMBIES P., GOULLEY F., RIBET A.
Interêt du test de transformation lymphoblastique dans les gastrites hémorragiques après ingestion d'aspirine
Med. prat. 1972, 493, 62

86 - DUFFAUT M., COLOMBIES P., GOULLEY F., RIBET A.
Interêt du test de transformation lymphoblastique dans les gastrites hémorragiques après ingestion d'aspirine
Arch. Fr. Mal. App. Dig., 1972, 61, 8, 445-450

87 - DUPUY P.
Réanimation des hémorragies gastro-duodénales graves et moyens d'investigation
Bull. Soc. Chir. Paris, 1971, 61, 6, 384-389

88 - DUPUY P., CAZARD G., RUEFF B., NAHUM H.
Correlations radio-endoscopiques en période d'hémorragie digestive haute
Presse Med., 1971, 79, 51, 2309-2311

89 - DUPUY P., COULBOIS J.
L'endoscopie d'urgence en gastro enterologie
Rev. Part., 1971, 21, 2615-2623

90 - DUPUY P., HOUSSET P., RUEFF B., DEROIDE J.P., DEBRAY C., FARAH A.
Intérêt de l'oesogastroscopie d'urgence dans les hémorragies digestives hautes graves. Sa place dans les méthodes de diagnostic (160 observations)
Ann. Chir., 1972, 26, 25-26, 1261-1268

91 - DUPUY P., HOUSSET P., DEBRAY C.
L'endoscopie oesogastrique d'urgence dans les hémorragies digestives hautes graves
Arch. Fr. Mal. App. Dig. 1971, 60, 1-2, 55-56

92 - DUPUY P., HOUSSET P., DEBRAY C.
L'endoscopie oesogastrique d'urgence dans les hémorragies digestives hautes graves
Minerva. Med., 1971, 62, 40, 2046

93 - DVORAKOVA H., IRASEK V., SETKA J.
The importance of early and delayed gastrofiberscopy in upper gastro-intestinal bleeding
In : Urgent Endoscopy of Digestive and Abdominal Diseases. Edited by MARATKA Z. and SETKA J., Karger, Basel, 1972, 48-51

94 - DVORSKY A., BENO I.
Endoscopic diagnostic of the source of bleeding from the upper part of the gastro-intestinal tract by indirect bulboscopy
In : Urgent Endoscopy of Digestive and Abdominal Diseases. Edited by MARATKA Z. and SETKA J., Karger, Basel, 1972, 48-51

95 - EDELMANN G., BOUTELIER P., BRENOT J., SCHMITT R.
Le traitement des hémorragies gastro-duodenales massives (hypertension portale exceptée)
Mémoires de l'Académie de Chirurgie, 1966, 10-11, 304-315

96 - EDELMANN G.
Conduite à tenir en présence d'un malade hospitalisé d'urgence pour hémorragie gastro-duodenale
Rev. Prat. 1970, 20, 4, 535-541

97 - ENDO M., SUZUKI S., TAKEMOTO T.
Diagnostic merit of the oesophagofiberscopy in the case of oesophago-gastric bleeding
In : Urgent Endoscopy of Digestive and Abdominal Diseases. Edited by MARATKA Z. and SETKA J., 1972, 84-85

98 - FEINGOLD J.
Pathologie et groupe sanguin
Concours Médical 1971, 93, 4291-4294

99 - FERNET
Médicaments pouvant provoquer des troubles plaquettaires
Vie Med., 1974, 4, 2027-2030

100 - FERNET J.P., CAULIN C.
Diagnostic d'une hémorragie gastro-intestinale
Encycl. Med. Chir., 9006, A 10

101 - FICHERA G., MIRELLI E., TITTOBELLO A., PERI G., GHEZZI
Urgency endoscopy in heamorrhage complications of oesophago-gastropathies
In : Urgent Endoscopy of Digestive and Abdominal Diseases. Edited by MARATKA Z. and SETKA J., Karger, Basel, 1972, 106-108

102 - FONTAINE R., WARTER P., WEILL F.
L'examen radiologique d'urgence en période d'hématénèse
Ann. Radio. 1961, 4, 87-89

103 - FOURNET J.F.
Apport de l'endoscopie et de la radiologie d'urgence
Thèse Médecine, Grenoble, 1972, n° 55

104 - FOURNET J.F., MARTY F., BONNET-EYMARD J., GEINDRE M.
Confrontation radio-endoscopique dans les hémorragies digestives hautes
Cah. Med. Lyon, 1974, 50, 18, 1555-1559

105 - FRICKER J.H.
Les hémorragies digestives hautes d'origine médicamenteuses
Thèse Médecine, Strasbourg, 1970, n° 104

106 - FROGET J., GUERRE J., PERGOLA F., PETITE J.P., CHRISTOFOROV B.
Les hémorragies médicamenteuses explorées par oesogastroscopie d'urgence
Ann. Gastroenterol. Hepatol. Paris, 1972, 8, 4, 361-367

107 - GARY G., GHARHEHANI RONALD B., PORT C., WINANS S., WILLIAM R.
Oesophageal varices : Enhanced radiologic visualisation by anticholingergic drugs
Am. J. Dig. Dis., 1972, 17, 8, 703

108 - GASTARD J., LEVERGER J.C.
Hemorragie digestive et corticothérapie
Arch. Fr. Mal. App. Dig., 1971, 60, 73-77

109 - GERMAIN A.
Grandes hémorragies, mesures et décisions d'urgence de l'omnipraticien et du chirurgien
Rev. Prat. 1964, 24, 25, 3083-3088

110 - GUEZZI G., MIRELLI E., FICHERA A., TITTOBELLO A., PERI
Emergency endoscopy in hemorrhagic complications of hiatal herniae and gastric neoplasiae
In : Urgent Endoscopy of Digestive and Abdominal Diseases. Edited by MARATKA Z. and SETKA J., Karger, Basel, 1972, 102-105

111 - GLASS G.B., KHODADOOST J.
Gastrite erosive et ulcérations aigues sont des sources d'hémorragies chez les cirrhoses
Arch. Fr. Mal. App. Dig., 1972, 61, 439-444

112 - GLASS B., KHODADOOST J.
Gastrite erosive et ulcérations aigues sont des sources d'hémorragies chez les cirrhotiques.
9ème Congrès de Gastroenterol. Paris, 1972
Biol. Gastroenterol. 1972, 5, 2

113 - GLASS B., KHODADOOST J.
Erosive gastritis and acute gastro-duodenal ulcérations as source of gastro-intestinal bleeding in liver cirrhosis
Digestion, 1972, 7, 3-4, 129-138

114 - GRENIER - BOLEY P.
Intérêt de l'endoscopie d'urgence dans les hémorragies digestives hautes d'origine indéterminée
Thèse Médecine, Lyon, 1970, N° 104

115 - GRENIER - BOLEY P.
Intérêt de l'endoscopie dans les hémorragies digestives hautes d'origine indéterminée
Lyon Med., 1970, 224, 38, 684-685

116 - GUERRE J., PERGOLA F., LENRIOT J.P., FROGET J.
La gastroscopie d'urgence dans les hémorragies digestives
Entretiens Bichat, Chir. Spec., 1971, 151-154

117 - GUERRE J., PERGOLA F., FROGEY J., PETITE J.P., CHRISTOFOROF B.
Urgent endoscopy examination in hemorrhage induced by drugs
In : Urgent Endoscopy of Digestive and Abdominal Diseases. Edited by MARATKA Z. and SETKA J., Karger, Basel, 1972, 109-112

118 - GUILLAUME F.
Contribution à l'étude étiologique des hémorragies digestives hautes
Thèse Médecine Paris, 1970, n° 2

119 - HABURGER J., FUNCK BRENTANO J.L.
Le choix
Rev. Informatique Med., 1970, 1, 1, 11-14

120 - HALMAGYL A.F.
Une revue critique de 425 malades ayant une hémorragie gastro-intestinale haute
Surg. Gyn. Obst. 1970, 130, 3, 419-430

121 - HALPHEN F.
L'oesogastroscopie en urgence dans les hémorragies digestives hautes. Sa technique, ses résultats, sa place. A propos de 230 observations
Thèse Médecine Paris ouest, 1971, 17

122 - HAMPTON A.O.
A safe method for the roentgen demonstration of bleeding duodenal ulcus
Am. J. Roentgen, 1937, 38, 565-570

123 - HARDY M., NICOLAS G., BOUHOUR J.B., LE BODIC L.
Les hémorragies digestives des anti-coagulants
Arch. Fr. Mal. App. Dig., 1971, 60, 1-2, 78-80

124 - HEAULME (M. de), JOLY H., GREMY F.
Quelques aspects de l'informatique médicale
Rev. Prat., 1969, 19, 28-41

125 - HEGARTY M.M., GRIMER T., SCHOFIELD P.
The management of upper gastro intestinal tract hemorrhage
Br. J. Surg., 1973, 60, 275-279

126 - HERNANDEZ C.
Radio d'urgence de l'hémorragie digestive
Ann. Gastroenterol. Hepato., 1970, 6, 136-151

127 - HERNANDEZ C.
Examen radiologique vasculaire
Encycl. Med. Chir., 9011, G 10

128 - HEULLY F., GACHER P., LAURENT J., BAS M., VICARY F., BIGARD M.A., JEANPIERRE R.
L'endoscopie en urgence dans les hémorragies digestives hautes
Ann. Med. Nancy, 1971, 10, 1513-1524

129 - HEULLY F., GACHER P., FAYS J., LAURENT J., JEANPIERRE R., BIGARD M.A.
L'endoscopie en urgence dans les hémorragies digestives hautes
Biol. Gastroenterol., 1972, 5, 12

130 - HEULLY F., GACHER P., BAS M., VICARY F., BIGARD, JEANPIERRE R.
L'endoscopie en urgence dans les hémorragies digestives hautes
Ann. Med. Nancy, 1971, 10, 1513-1524

131 - HILLEMAND B.
Retentissement digestif des affections organiques du système nerveux central et végétatif
Encycl. Med. Chir., 9089, C 30

132 - HIMAL A.J., WATSON W.W., JONES C.W., MILLER L., MACLEAN L.D.
The management of upper gastro-intestinal hemorrhage : Bon a multic parametric computer analys
Ann. Surg., 1974, 179, 4, 489-493

133 - HIMBERT J., SEE E., THIROLOIX P., LENEGRE J.
Traitements anticoagulants et hémorragies digestives
Ann. Med. inter., 1971, 122, 11, 1055-1064

134 - HIRSCHOWITZ B.
Early fibroscopy endoscopy for upper gastro intestinal bleeding
Am. J. Dig. Dis., 1963, 8, 816-825

135 - HIVET M., LAGADEC B., POILLEUX J.
65 dérivations porto-caves en urgence chez les cirrhotiques
Bio. Gastroenterol. Pars, 1972, 5, 616 c

136 - HOON J.R.
Gastro camera endoscopy of stomach bleeding
In : Urgent Endoscopy of Digestive and Abdominal Diseases. Edited by MARATKA Z. and SETKA J., Karger, Basel, 1972, 76-79

137 - HOON J.R.
Experimental studies of drugs with intra gastric-photography
Gastro-intest. Endoscopy, 1967, 13, 24-27

138 - HOUSSET P., COMMANDI A., TOULET J., DEBRAY C.
La pylorobulboscopie avec les fibroscopes à vision axiale
Arch. Fr. Mal. App. Dig., 1971, 60, 253-260

139 - HOUSSET P., DUPUY P., RUEFF B., FAUVET R., DEBRAY C.
L'oesogastro-fibroscopie dans le diagnostic des hémorragies digestives hautes
Minerva Med., 1971, 62, 2046

140 - HUGUIER M., CAPELLE P., VALONI A.
A propos de huit anastomoses porto-caves d'urgence chez les cirrhotiques
Sem. Hop. Pairs, 1972, 48, 3, 215-220

141 - HUGUIER M., VAN A., LEVY E., LOYGUE
Les hémorragies gastro-duodénales graves. Etude de la mortalité et déductions therapeutiques.
Presse Med., 1971, 79, 2, 41-43

142 - JAILLARD M.J.
Les ulcères aigus médicamenteux
Lille Med., 1970, 15, 1118-1131

143 - JARROUSSE P.
Etude statistique de 165 observations d'hémorragies ulcéreuses suivies de 1954 à 1971 Hopital- Saint Antoine Paris
Thèse Médecine, Paris, 1972, n° 18

144 - JIMENEZ de la SANTA LOPEZ V., REINA A.
Fibro-oesofago gastroscopia di urgencia
Rev. Esp. Enf. Apar. Dig., 1971, 35, 705-708

145 - JOHANSEN S., BADEN H.
Reappraisal of the sengstaken blackemore ballon tamonade for bleeding oesophageal bleeding
Scand. J. Gastroenterol., 1973, 8, 181-183

146 - JOHNSTON S., JONES P.F., KYLE J., NEEDHAM C.
Epidemiology and course of gastro-intestinal hemorrhage in north-east Scotland
Br. Med. J., 1973, 3, 655-660

147 - JOHNSTON G.W., RODGERS H.W.
The use of slerosing injection for acute haemorrhage from oesophageal varices. Review of 194 injections in 103 patients over a 13 years period
9ème congrès de Gastroenterol., Paris, 1972
Biol. Gastroenterol., 1972, 5, 619

148 - JOHNSTON G.W., HUNT P.S., RODGERS H.W.
The emergency management of bleeding oesophageal varices with sclerosing injection
Br. J. Surg., 1969, 56, 305

149 - JWIENDL H., PIGER A.
Endoscopic clasification of severe gastro-intestinal bleeding in surgery
In : Urgent Endoscopy of Digestive and Abdominal Diseases. Edited by MARATKA Z. and SETKA J., Karger, Basel, 1972

150 - KATON R.M., SMITH F.W.
Panendoscopy in the early diagnostic of acute upper gastro intestinal bleeding
Gastro-enterology, 1973, 65, 728-734

151 - KAWAI K., IDA K., AKASAKA Y.
Clinical evaluation of endoscopy for the upper gastro-intestinal bleeding
In : Urgent Endoscopy of Digestive and Abdominal Diseases. Edited by MARATKA Z. and SETKA J., Karger, Basel, 1972, 39-43

152 - KEIGHLEY
Late result of elective and emergency porto caval anastomosis
Am. J. Surg., 1973, 126, 601-605

153 - KIRKHAN J.S.
Early endoscopy for upper gastro-intestinal bleeding
Gut, 1972, 13, 326

154 - KLEPPING C., VILLAND J., CARLI H., GAMBERT B.
Hémorragies digestives médicamenteuses
Sem. Hop. Paris, 1973, 49, 2151-2153

155 - KOHLMANN G.
Contribution à l'étude des problèmes diagnostiques et thérapeutiques posés par les hématémèses d'origine indéterminée
Thèse Médecine, Paris, N° 125

156 - KOZU T., HIRATSUKA H., TAKE MOTO T.
Diagnostic merit of urgent endoscopy in case of acute gastric bleeding
In : Urgent Endoscopy of Digestive and Abdominal Diseases. Edited by MARATKA Z. and SETKA J., Karger, Basel, 1972, 86-92

157 - LABAYLE J.M., BODIN F., LICHTENSTEIN H., CONTE M.
Les hémorragies digestives des traitements anticoagulants
Sem. Hop. Paris, 1974, 50, 14, 941-945

158 - LADOUCH A., MONOD-BROCA P., LESOURD G., PAILLAS J.
Les hémorragies gastriques graves par micro exulcération et par érosion artérielle inapparente
Presse Med., 1971, 79, 29, 1331-1336

159 - LALA B.

Groupes sanguins ABO et cirrhoses éthyliques. Relation prédisposante et critères de gravité. Etude statistique
Thèse Médecine, Dijon, 1974, n° 40

160 - LAMBERT R., MOULINIER B., LOUPI J.C.

Les associations lésionnelles en cas d'hémorragie digestive d'origine haute
Arch. Fr. Mal. App. Dig., 1974, 63, 203-212

161 - LANDOULSI M.

Etude post mortem de 133 hémorragies digestives. Incidences cliniques et médicamenteuses
Thèse Médecine, Tours, 1970, n° 38

162 - LARDENNOIS B., FLAMENT J.B., PIRE J.C., RIVES J.

Les voies du diagnostic chez les malades hospitalisés en urgence après une hématémèse massive (à propos de 161 observations)
Ann. Méd. Pharm., Reims, 1971, 8, 4, 239-245

163 - LARRIEU H., MANAKAS S., GRALL A., BARE A.

Apport de l'artériographie selective en urgence dans les hémorragies gastro-duodénales
Ann. Chir., 1973, 27, 6, 611-614

164 - LAZORTHE

Indications chirurgicales des hémorragies des ulcères gastro-duodénaux
Encycl. Med. Chir., 9023, C 10

165 - LECONTE P., ROSSET A., MAYAUD J.P., MULLER R.

Hémorragies digestives hautes d'origine médicamenteuse
Arch. Fr. Mal. App. Dig., 1971, 60, 8-9, 483

166 - LEGER L.
Sclérose des varices
Presse Med., 1971, 40, 1739-1741

167 - LEGER L., DELAM B., NICODEME J.P.
Gastro-intestinal hemorrhages in cirrhotic patients
J. Chir. Paris, 1973, 106, 45-56

168 - LEGER L., LEMAIRE G., DELBECQ A.
Ulcérations of oesophago-gastric varices in portal hypertension
J. Chir. Paris, 1973, 105, 225-234

169 - LEGER L., PREMOND M., ALPERO, VITCH
Rupture splénique après spleno-portographie. Etude d'une série de 2 000 observations
J. Chir., 1964, 87, 107-121

170 - LENRIOT, MARCHAL
Les varices oesophagiennes
Encycl. Med. Chir., 9204, G 10

171 - LEONARDS J.R., LEVY G.
Action de la formulation pharmaceutique sur l'hémorragie gastro-intestinale par comprimés d'aspirine
Arch. intern. Med., 1972, 129, 3, 457-460

172 - LEONARDS J.R.
Absence d'hémorragie gastro-intestinale après administration d'acide acetyl-salicylique
Internat Med. Dig., 1970, 86, 5, 233-234

173 - LEVRAT M., CORTET P., KLEPPING C., LAMBERT R., MARTIN F.
L'ulcère de la grande courbure gastrique
Rev. Lyonnaise Med., 1963, 12, 11, 643-652

174 - LEVRAT M., LAMBERT R.
Hémorragies digestives d'origine médicamenteuse
Arch. Fr. Mal. App. Dig., 1959, 48, 7-8 bis, 323-337

175 - LEVRAT M., LAMBERT R., KLEPPING C., TARDYS
Hémorragies provoquées par l'aspirine dans les affections digestives en dehors de l'ulcère
Presse Med., 1960, 68, 222

176 - LEVRAT M., LAMBERT R., MARTIN F.
Les hémorragies des ulcères gastro-duodénaux - 500 cas
Arch. Fr. Mal. App. Dig., 1961, 50, 865-878

177 - LEVRAT M., MARTIN F.
Les gastrites médicamenteuses et alcooliques
Rev. Prat., 1969, 19, 17, 2615-2623

178 - LEVY E., CHARLES J.F., MALAFOSSE
Hémorragies graves oesogastriques. Techniques indications et résultats de la réfrigération viscérale modérée
Ann. Gastroenterol. Hepato., 1970, 6, 69-86

179 - LIGUORY C., BISMUTH V.
Examen radiologique de malades atteints d'hémorragie digestive
Encycl. Med. Chir., 1970, 4, 33 707, A 10

180 - LIGUORY C., CAROLI J.
L'endoscopie moderne
Monographie LEPETIT, 13

181 - LIGUORY C., NAUDIN G., PERRERA DE JESUS S.
Chronique de fibroscopie. Les hémorragies digestives
Concours Med., 1971, 99, 44, 6950-6954

182 - LOPEZ SANCHEZ A., BERRA L., DOMINGUEZ A., NAVARRO G., BERNALDO de QUIROS J., PEREZ GUZMANN E., MONTAGUT S.

Varices oesofagicas

Rev. Clin. Esp., 1974, 132, 3, 243-249

183 - LOUPI

Les associations lésionnelles dans les hémorragies digestives hautes

Thèse Médecine LYON, 1973, n° 54

184 - LUCAS C.E., SUGAWA C.

Diagnostic endoscopique au cours de la laparotomie pour hémorragie aigue de la partie supérieure du tractus gastro-intestinal

Surg. Gynecol. Obstet., 1972, 135, 2, 285-286

185 - Mc CRAY R.

Oesophagoscopy, gastroscopy and duodenoscopy in the diagnostic of acute upper gastro-intestinal hemorrhage

Biol. Gastroenterol., 1972, 5, 2, 613

186 - MAILLARD J.N., RUEFF B., PRANDI D.

L'anastomose porto-cave d'hémostase chez le cirrhotique

Ann. Chir, 27, 3, 343

187 - MALAFOSSE C., LEVY, LOYGUES

Traitement d'urgence des hémorragies par hypertension portale

Gastroenterol. Hep., 1970, 6, 87-98

188 - MARATKA Z.

Indications et résultats de l'oesogastroscopie d'urgence

Arch. Fr. Mal. App. Dig., 1972, 61, 4-5, 307-314

189 - MARATKA Z., NEDBAL J., PALECKOVA M.

Experience with early gastroscopy in 208 cases of upper gastro intestinal hemorrhages

Minerva Med., 1971, 62, 2046

190 - MARTIN F.
Les hémorragies des ulcères gastro-duodénaux
Thèse Médecine, Lyon, 1960, n° 248

191 - MARUBBIO A., LOMBARDO R., HOLT R.
Control of variceal bleeding by superior mesenteric artery pitressin perfusion. Complications and indications
Am. J. Dig. Dis., 1973, 18, 539-543

192 - MARUYAMA M., TAMYA M., TAKEMOTO T., KONDO T., FUKUCHIS
Accident du fibroscope
2ème Congrès mondial de Rome
Minerva Med., 1970, 62, 40, 2050

193 - MASCHAS H., CHILAIDITIS G., SPARROS C., FLORAS A.
Influence, sexe, âge et de certains facteurs météo dans les hémorragies des ulcères duodénaux
Arch. Fr. Mal. App. Dig., 1969, 58, 3, 129-138

194 - MENEGAUX J.C.
La place de la splenoportographie dans les diagnostics des hémorragies digestives hautes
J. Chir., 1957, 73, 391-412

195 - MILAZZO A., ALVAREZ D., YANGUELA L., DORRONSORO L.
Hémorragies digestives hautes (étiopathogénie, clinique et thérapeutique)
Rev. Clin. Esp., 1972, 126, 3, 187-202

196 - MINICONI P.
Apport de la fibro-endoscopie dans les hémorragies digestives d'origine médicamenteuse
J. Agrégés, 1970, 6-7, 385-386

197 - MINICONI P., PERRIN D., DELUMEAU G., VEYRAC Y., LESCHALLIER de LISLE L.R.

Le diagnostic étiologique précoce des hémorragies digestives. Justification de la fibroscopie oesophagienne et gastrique faite en urgence.

Presse Med., 1970, 78, 46, 2011-2013

198 - MINICONI P., OUDEA P., PERRIN D., DELUMEAU G., LESCHALLIER de LISLE L.R., DEDIEU P., PROVOST P.

Etiologie des hémorragies digestives hautes de la cirrhose alcoolique

Arch. Fr. Mal. App. Dig., 1973, 62, 133-139

199 - MINICONI P., PERRIN D., DELUMEAU G., VEYRAC Y., LESCHALLIER de LISLE L.R.

Fibroscopie oesophagienne et gastrique en urgence dans 150 cas d'hémorragies digestives hautes

Sem. Hôp. Paris, 1972, 48, 15, 1049-1052

200 - MINICONI P., OUDEAU P., PERRIN D., DELUMEAU G., LESCHALLIER de LISLE L.R., DEDIEU P., PROVOST P.

Fibroscopie oesophagienne et gastrique en urgence dans 150 cas d'hémorragies digestives hautes

Arch. Fr. Mal. App. Dig., 1973, 62, 133-140

201 - MOBARHAN S., GRACE N., KOSTELNICK M., IBER F.

The prognostic value of endoscopic diagnostic of bleeding site in patients with Laennec cirrhosis

Gastroenterology, 1972, 62, 785-786

202 - MONANGE C., MIGUET P., CLEMENT D., MANTION G., CARAYON P., GISSELBRECHT H.

Indication de la fibroscopie en urgence et par voie haute

J. Med. Besancon, 1972, 8, 45-50

203 - Monographie sur les hémorragies digestives hautes
GUIVARCH M., BRUNET J.P., MONGES A., SARRAZIN, EDELMAN G., PARAF A., RATUREAU J.
Rev. Prat., 1970, 20, 4

204 - MONTORI A., DIMATTEO G.
Early diagnosis in upper gastro-intestinal hemorrhage by means of oesophago gastroscopy
In : Urgent Endoscopy of Digestive and Abdominal Diseases. Edited by MARATKA Z. and SETKA J., Karger, Basel, 1972, 68-70

205 - MORISSEY
Progress in Gastro intestinal endoscopy
Gastroenterol., 1972, 62, 6, 1241-1268

206 - MORSE W.H.
Gastroscopy is a aid diagnostic in Gastro-intestinal Bleeding
Am. J. Gastroenterol., 1970, 53, 4, 323-329

207 - MOULINIER B., BRUHIERE S., GRENIER BOLEY P., GRIMAUD A., NOSEK S., LAMBERT S.
Intérêt de l'endoscopie dans le dépistage des ulcères sur hernie hiatale
Arch. Fr. Mal. App. Dig., 1973, 62, 11-15

208 - MOULINIER B., GRENIER BOLEY P.
Intérêt de la gastroscopie d'urgence dans les hémorragies digestives hautes d'étiologie indéterminée
Acta Endoscopica, 1971, 1, 1, 9-12

209 - MOULINIER B., RUET D., CABALLERO M., FAIVRE J.
Corrélation radiologique et endoscopique en pathologie digestive
Cah. Med. Lyon, 1974, 50, 20, 1661-1694

210 - MULLER R.

A propos des hémorragies digestives hautes d'étiologies rares ou exceptionnelles

J. Radiol. Electrol., 1972, 53, 1, 73

211 - MURRAY LYON I.M., PUGH R.N.H., NUNNERLER H.B., LAWS J.W., DANSON J.L., WILLIAMS R.

Treatment of bleeding oesophageal varices by infusion of vasopressin into the superior mesenteric artery

Gut, 1973, 14, 59-63

212 - NAHUM H., RUEFF B., CAZARD G.

L'examen radiologique oeso-gastro-duodénal en période hémorragique. Technique et indications (expérience de 300 malades)

Presse Med., 1970, 78, 54, 2414-2416

213 - NAUDIN G.

Intérêt de l'artériographie sélective dans le diagnostic étiologique des hémorragies digestives inexpliquées

Concours Med., 1970, 92, 44, 8009-8021

214 - NAVA G.

Gastrophotography as urgent aid in diagnostic of upper digestives hemorrhages

In : Urgent Endoscopy of Digestive and Abdominal Diseases. Edited by MARATKA Z. and SETKA J., Karger, Basel, 1972, 71-75

215 - NICODEME J.P.

Les hémorragies du cirrhotique

Thèse Médecine Paris, 1973, n° 8

216 - NUSBAUM M., YOUNIS M., BAUM S., BLACKWORE W.

Selective superior mesenteric arterial infusion of vasopressin, during porto caval shunt operations

Am. J. Surg., 1974, 127, 35-39

217 - OLIVIER C.

A propos de 80 cas d'hémorragies digestives massives par lésions gastro-duodénales aigues
Chirurgie, 1971, 97, 3, 197-201

218 - OLSEN W.R., FOLEY W.J., SIMON M.A.

Vagotomy gastric blood flow and hemorrhage from gastritis
Acta Surg., 1970, 119, 183

219 - ORLOFF M.J.

Emergency porta caval shunt treatment for bleeding oesophageal varices
Arch. Surg., 1974, 108, 1430-1437

220 - PALECKOVA M., NEBDAL J., MARATKA Z.

Experience with endoscopic examinations in 250 cases of upper gastro-intestinal hemorrhages.
In : Urgent Endoscopy of Digestive and Abdominal Diseases. Edited by MARATKA Z. and SETKA J., Karger, Basel, 1972, 52-55

221 - PALIARD P.

Les hémorragies digestives médicamenteuses, rôle de l'aspirine
Société Gastroenterol. du Sud Est Beaune, Fev. 1974

222 - PALIARD P., DUCLUZEAU R., ASSENAT H., JEANNOT G.

L'évolution mortelle des hémorragies digestives hautes dans un service d'urgence médicale. Essai critique d'un protocole thérapeutique
Lyon Med., 1974, 231, 12, 1165-1170

223 - PALMER E.D.

The vigourous diagnostic approach to upper gastro-intestinal tract hemorrhage
J. Am. Med. Ass., 1969, 207, 1477-1488

224 - PAQUET K.J., RASCHKE E.

Experiences in the management of the acute or impending hemorrhage from oesophageal varices using the oesophagoscopic slerosing method
In : Urgent Endoscopy of Digestive and Abdominal Diseases. Edited by MARATKA Z. and SETKA J., Karger, Basel, 1972

225 - PARIENTE R., WANSTOCK E.

Les hémorragies digestives au cours des insuffisances respiratoires
Ann. Chir., 1972, 26, 15-18, 897-902

226 - PARIS J.

Aperçus nouveaux sur l'origine des hémorragies digestives hautes
Lille Med., 1974, 19, 371-376

227 - PAUL F., SEIFERT E., OTTO P.

Endoscopic comparison between potential and real bleeding sources in 100 cases of acute upper gastro-intestinal bleeding
In : Urgent Endoscopy of Digestive and Abdominal Diseases. Edited by MARATKA Z. and SETKA J., Karger, Basel, 1972, 64-67

228 - PEETERS J.P., GULBIS A., GOVAERTS J.P., BUCHIN R., ANSAY J., ENGELHOLM L., DESNEUX J.J., CREMER M.

Hemorrhagic gastric erosion, one of the most severe causes of gastric hemorrhage
In : Urgent Endoscopy of Digestive and Abdominal Diseases. Edited by MARATKA Z. and SETKA J., Karger, Basel, 1972, 124-128

229 - PERREAU P., JOUBAUD F., Ben BOUALI A.

Hemorragies digestives des thérapeutiques anti-inflammatoires
Arch. Fr. Mal. App. Dig., 1971, 60, 1-2, 72-73

230 - PETER F., JONES, JOHNSTON S.S., Mc EWAN A., KYLE J., NEEDHAM C.
Further hemorrhage after admission to hospital for gastro-intestinal hemorrhage
Br. Med. J., 1973, 3, 660-664

231 - PICARD J.J., BERGER C., LABRAM C.
Exploitation par ordinateur d'observation d'infarctus du myocarde : Essai de détermination au premier jour d'un indice de pronostic pour le premier mois
Rev. Inf. Med., 1970, 1, 29-35

232 - POULAIN J.
Portal hypertension and its hemorrhagics complications
Ann. Chir., 1973, 27, 313-314

233 - PRIOTTON J.B.
La ligature de l'oesophage sur bouton de Murphy dans les hémorragies par ruptures de varices oesophagiennes
Ann. Chir., 1973, 27, 3, 343-349

234 - PRIOTTON J.B., LAURENT S.
Recherche sur la déconnexion portale de l'oesophage par ligature sur bouton de Murphy
Montpellier, Chir., 1970, 16, 243-258

235 - PRIOTTON J.B., MICHEL H.
Esophageal ligation with Murphy's device in bleeding due to esophageal varix rupture
9ème congrès de Gastroenterol.
Biol. Gastroenterol., 1972, 5, 2, 618

236 - PROYE C., CHEVERT J., DUMON J.C.
Errores of interpretation by excess or omission limitation of arterio in the digestive diseases
Ann. Chir., 1973, 27, 630-635

237 - QUINTON A., BANCONS J.
La fibroscopie oesophagienne et gastrique en urgence pour hémorragie digestive
Bordeaux Med., 1971, 4, 12, 3435-3442

238 - QUINTON A., BANCONS J., DUBARRY J.J.
La fibroscopie en urgence dans les hémorragies digestives (à propos de 107 examens)
Arch. Fr. Mal. App. Dig., 1972, 61, 1-2, 119

239 - QUINTON A., BANCONS J., DUBARRY J.J.
La fibroscopie en urgence dans les hémorragies digestives (à propos de 107 examens)
9ème congrès de Gastroenterol. Paris
Biol. Gastroenterol., 1972, 614

240 - RAPIN M.
Les hémorragies digestives au decours des états d'insuffisance circulatoire aigüe
Ann. Chir., 1972, 26, 15-18, 891-892

241 - REBOUL J., TRAISSA L.F.J., DELORME G., BERAUD C., TAVERNIER C., FEUTRE A.
Intérêt pratique de la splénoportographie dans les indications thérapeutiques des hématémèses
Sem. Hop. Paris, 1960, 23, 1484-1493

242 - REUILLA L. (de la), MARTIN J., TORRES J.M., ALGARRA S., FERNANDEZ A., GARCIA TORRES J.A.
Polipos gastricos
Rev. Clin. Esp., 132, 3, 255-261

243 - REUILLA L. (de la), MARTIN J., MARTI J., VIVARDI R., HERNANDEZ L.
Valor de la fibro-oesofago gastroscopia en el diagnostico de las hemorragias digestivas de origen medicamentoso
Rev. Esp. Enf. Ap. Dig., 1972, 36, 65-72

244 - RIBET A., SUDUCA
Gastrites aigues
Encycl. Med. Chir., 9017, A 10

245 - RIBET A.
L'intérêt de la fibroscopie dans les hémorragies digestives hautes
Rev. Fr. Gastroenterol., 1974, 100, 29

246 - RICATTE J.P.
Artério selective d'urgence dans les hémorragies digestives sévères
Thèse Médecine Besançon, 1971, n° 120

247 - RIGO G.P., DIMARIO G., FRANZIN G.
Urgent endoscopy in severe hemorrhage of the gastro-intestinal tract bleeding
In : Urgent Endoscopy of Digestive and Abdominal Diseases. Edited by MARATKA Z. and SETKA J., Karger, Basel, 1972

248 - ROUDIER M., LICHTENSTEIN H., BODIN F., CONTE M.
Interêt de l'oesophagogastro-duodénoscopie au cours des hémorragies digestives hautes
Séances du 2 Fevrier 1974 de la Société Nationale de Gastroenterol., faculté Saint Antoine

249 - ROUSSET Hugues
Le questionnaire médical
Thèse Médecine, Lyon, 1973, n° 171

250 - SANDLON L. J., SPELLBERG M.A.
Gastric hypothermie for control of upper gastro-intestinal bleeding
Am. J. Gastroenterol., 1973, 59, 307-314

251 - SEGAL S., DIOT J., MAFFIOLI C.
Our experience of primary emergency endoscopy in cases of digestive hemorrhage
In : Urgent Endoscopy of Digestive and Abdominal Diseases. Edited by MARATKA Z. and SETKA J., Karger, Basel, 1972, 13-18

252 - SEGURANA R.
La radiologie en urgence dans les hémorragies digestives
Thèse Médecine Toulouse, 1968, n° 13

253 - SCHILLER K. F., TRUELOVE S.C., WILLIAMS D.G.
Haematemesis and Meloenas with special Reference to factors influencing the outcome
Brit. Med. J., 1970, 2, 7-14

254 - SHINAYA H., WOLF W.I.
Endoscopic study of massive upper gastro-intestinal bleeding
Gastroenterology, 1971, 60, 717

255 - SILVER D., PUCKETT C., Mc NEER J.F., Mc LEAD M., SABISTON D.
Evaluation of selective trans Splenic decompression of gastro-esophageal varices
Am. J. Surg., 1974, 127, 30-34

256 - SIMLER M., WEILL J.P., FRICKER J.L., MONATH C.
Hémorragies digestives d'origine médicamenteuse
Arch. Fr. Mal. App. Dig., 1971, 60, 10-11, 573-574

257 - SLONE D., JICK H., LEWIS G.P., SHAPIRO S., MIETTWEN O.S.
Acide ethacrinique et hémorragie
Concours Med., 1970, 2, 92, 360-363

258 - SLONE D., JICK H., LEWIS G.P., SHAPIRO S., MIETTWEN O.S.
Intravenously given ethacrynic acid and gastro-intestinal bleeding al finding reserving from comprehensive drug surveillance
J.A.M.A., 1969, 209, 11, 1668-1671

259 - SMITH G.W.
Splénectomie et ligature des veines coronaires dans les hémorragies gastro-duodénales
Am. J. Surg., 1970, 119, 122

260 - SMITH B.H., BERKJE G.E.
The use of fiberoptic ultra-violet endoscopy to detect gastro-intestinal bleeding
Gastroenterology, 1972, 62, 4, 896

261 - STADELMANN D., MIEDERER S.E., KAUFFER C.
Emergency endoscopy in cases of acute hemorrhage of the upper gastro-intestinal tract
In : Urgent Endoscopy of Digestive and Abdominal Diseases. Edited by MARATKA Z. and SETKA J., Karger, Basel, 1972, 25-29

262 - STAHL W.M., DUMONT A.E., ABRAMS R.M., BERANBAUM R., EPSTEIN H.
Vascular opacification in gastro-intestinal hemorrhage
Am. J. Surg., 1970, 119, 2, 118-121

263 - STANLEY R.J., WISE L.
Artériographie in diagnostic of acute gastro-intestinal bleeding
Arch. Surg., 1973, 107, 138-144

264 - SUGAWA C., LUCAS C.E., WALT A.J.
Differential topography of acute erosive gastritis due to trauma or sepsis ethanol and aspirin
Gastroenterology, 1972, 62, 897-899

265 - SUGAWA C., WERNER M., HAYES D., LUCAS C., WALT A.
Early endoscopy : a guid to therapy for acute hemorrhage
Arch. Surg., 1973, 107, 133-137

266 - SUGNOT C.
Fréquence des groupes sanguins ABO et Rhèsus en Côte d'Or, leur relation avec l'hypertension artérielle
Thèse Dijon, n° 30

267 - TANAKA M., KOZU T., SUZUKI H., TAKEMOTO T.
Urgent gastroscopy for acute gastric ulcer
In : Urgent Endoscopy of Digestive and Abdominal Diseases. Edited by MARATKA Z. and SETKA J., Karger, Basel, 1972, 113-117

268 - TESTARD J., DOUARREC (P. le)
Faut-il utiliser la sonde pour taponnement gastro-oesophagien
Ann. Chir., 1973, 27, 339-342

269 - TITTOBELLO A., MIRELLI A., FICHERA A., GUEZZI C., PERI G.
Urgent endoscopy in hemorragic complications of gastric and duodenal ulcers
In : Urgent Endoscopy of Digestive and Abdominal Diseases. Edited by MARATKA Z. and SETKA J., Karger, Basel, 1972, 99-101

270 - TURCOTTE J.G.
Variceal hemorrhage, hepatic cirrhosis and portocaval shunts
Surgery, 1973, 73, 810-822

271 - VANKEMMEL
Traitement en urgence des hémorragies digestives par hypertension portale
Lille Med., 1974, 10, 19, 365-370

272 - VAYRE P., LEVASSEUR J.C.
Hemorragies massives d'origine gastro-duodenales, hypertension portale exclue
Presse Med., 1970, 78, 5, 237-240

273 - VEZON G., MOULINIER J., BOISSEAU M.
Etude de l'aggregation plaquettaire par enregistrement en densité optique
Bordeaux Med., 1974, Fev., 405-410

274 - VIARD H.
La chirurgie d'urgence dans les hémorragies incoercibles de l'hypertension portale
Ann. Chir., 1971, 15-18, 895-900

275 - VIDON N., BERNIER J.J.
Le traitement des dossiers médicamenteux à l'hôpital Saint Lazare
Rev. Inf. Med., 1971, 2, 2, 129-136

276 - VIELH J.
La fibroscopie gastrique avec gastro-camera dans le diagnostic des hémorragies digestives
Thèse Strasbourg, 1969, n° 129

277 - VILLAND J., CARLI H., KLEPPING C.
La fibroscopie oesophagienne et gastrique en urgence dans 102 cas d'hémorragies gastro-duodénales hautes
Rev. Fr. Gastroenterol., 1973, 87

278 - WALDRAM R., DAVIS M., MONNERLY H., WILLIAMS R.
Emergency fibro-endoscopy following acute gastro intestinal hemorrhage in patients with portal hypertension
Gut, 1973, 14, 920

279 - WALLS W.D., GLANVILLE J.N., CHANDLER G.N.
Early investigations of hematemesis and meloenas
Lancet, 1971, 387-390

280 - WEILL F., GISSELBRECH, GRAND MOHET P., BOWENEVILLE J.F., RICATTE J.P., PREVOLAT N.

Plaidoyer pour l'angiographie première au cours des hématémèses massives. A propos de cinq observations de découverte directe du siège de l'hémorragie

Ann. Radiol., 1970, 13, 5-6, 353-361

281 - WEILL F., RICATTE J.P.

Les indications de l'artériographie sélective d'urgence dans les hématémèses graves

Sem. Hôp. Paris, 1973, 19, 2, 149-152

282 - WIECHEL K.L., ERWALD R., KULLING K.G., LUNDBERG P., MARRION O., STRANDELL T.

Multiple cathetérisation technique of the portal venous system for regional blood flow studies

Surg. Gynaec. Obstet., 1974, 138, 3, 406-411

283 - WIENDL H.J., PIGER A.

Endoscopic classification of severe gastro-intestinal bleeding in surgery

In : Urgent Endoscopy of Digestive and Abdominal Diseases. Edited by MARATKA Z. and STEKA J., Karger, Basel, 1972, 44-47

284 - WINAVER S.J., BEJAR J., Mc CRAY R.S., ZANCHECK N.

Hemorragic gastritis

Arch. Int. Med. Chicago, 1971, 127, 129-131

285 - ZOLLINGER, NICK

Upper gastro-intestinal tract hemorrhage

J.A.M.A., 1970, 212, 13, 2251

286- Réfrigération gastrique modérée et hémorragies digestives

Nouv. Presse Med., 1972, 1, 15, 1035-1036

TABLE DES MATIERES

INTRODUCTION p. 1

MATERIEL CLINIQUE ET METHODE D'ETUDE p. 3

PREMIER CHAPITRE : LE MODE DE DIAGNOSTIC p. 6

I - ETUDE COMPARATIVE DES RESULTATS DE LA RADIOLOGIE ET DE LA FIBROSCOPIE p. 7

A) Etape radiologique d'urgence
B) Etape radio-endoscopique
C) Etape duodenoscopique et radiologique
D) Commentaires
E) Les examens vasculaires

II - LES LESIONS RESPONSABLES - LES HEMORRAGIES CRYPTOGENETIQUES p. 33

A) Les varices oesogastriques
B) Les ulcères gastro-duodénaux
C) Les lésions aigues
D) Les hernies hiatales hemorragiques
E) Le syndrome de MALLORY-WEISS
F) Les lésions diverses
G) Les hémorragies dites "cryptogénétiques"
H) Comparaison avec d'autres séries endoscopiques

III - VALEUR D'ORIENTATION DIAGNOSTIQUE DES ELEMENTS CLINIQUES ET BIOLOGIQUES p. 44

A) Les antécédents
B) L'existence d'un syndrome douloureux
C) L'intoxication éthylique
D) L'examen clinique
E) La biologie

SECOND CHAPITRE : LES CIRCONSTANCES ETIOLOGIQUES p. 51

I - INCIDENCE DU SEXE
II- INCIDENCE DE L'AGE
III- INCIDENCE DU GROUPE SANGUIN ET DU FACTEUR RHESUS
IV- INCIDENCE MEDICAMENTEUSE
V- INCIDENCE DES FACTEURS CLIMATIQUES

TROISIEME CHAPITRE : L'EVOLUTION p. 73

I - IMMEDIATE p. 74

A) La gravité de l'hémorragie
B) La réanimation efficace
C) La chirurgie d'urgence
D) La chirurgie en différé
E) Les récidives hémorragiques rehospitalisées
F) Les hémorragies mortelles
G) Evolution des hémorragies médicamenteuses

II- LE DEVENIR ULTERIEUR p. 91

CONCLUSION p. 95

BIBLIOGRAPHIE p. 98